

厚木市子育て日常生活支援事業支給申請書（再開届）

令和 7 年 1 月 ● 日

(宛先) 厚木市長

住民登録のある住所地をご記入ください

受給者 住所 厚木市 中町3-17-17

(子と同居の養育者
※住民登録上同世帯であること)
上記を満たす場合父母どちらでも可

フリガナ
氏名 アツギ タロウ
厚木 太郎

電話 0*0 - 1234 - 5678 (父) 母・)

※ 日中連絡が取れる電話番号

次のとおり子育て日常生活支援事業の支給を受けたいので申請（届出）します。
また、本申請（届出）に伴い、私の世帯の住所等に係る事項について、公簿等により確認し、配送のため、委託業者に提供することに同意いたします。

支給要件の確認	申請（届出）の対象となるお子さんは0歳～2歳の誕生日の前月末までのお子さんですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	お子さんの2歳の誕生日までに厚木市外に転出する予定はありますか？	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り (● / ▲ 頃)
	転入された方：2歳の誕生日までのお子さんについて、厚木市で紙おむつ等の支給を受けたことはありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り

対象児童	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	何子目か	管理番号
	アツギ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 子	R 7・1・●	<input checked="" type="checkbox"/> 1子目	
	厚木 花子	<input type="checkbox"/> その他 ()	(年齢：0歳)	<input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子	R . .	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	
		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R . .	<input type="checkbox"/> 1子目 <input type="checkbox"/> 2子目 <input type="checkbox"/> 3子目以降	

2歳の誕生日の前月末までのお子さんが申請対象です。

職員記入欄	児童手当申請	有 (/)			收受印
		無 (公務員 ・ 他市在住配偶者)			
	子ども医療費助成	有 ・ 無 () ・ 後日			
	支給期間	新規	R . ~ R .	月末特例	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		再開	R . ~ R .	支給済み期間	R . ~ R .
届出事由 <input type="checkbox"/> 再転入 <input type="checkbox"/> 職権消除からの回復 <input type="checkbox"/> その他 ()					

備考欄

※太枠内は記入しないでください。