

第二子以降出産給付金支給申請書（請求書）

多治見市長 様

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

【裏面の誓約・同意事項】に誓約・同意し、必要書類を添えて申請します。

1. 申請・請求者（対象児童と多治見市内で同居し養育する方（父母等）についてご記入ください）

(フリガナ)		生年月日	現住所
氏名			
		昭和・平成	〒
		年	—
		月	日中連絡可能な電話番号 ( )
		日	

2. 対象児童（令和6年4月1日以降に出生した多治見市内に住民登録のある第二子以降の児童をご記入ください）

No.	(フリガナ) 氏名	関係性	生年月日	No.	(フリガナ) 氏名	関係性	生年月日
1			令和 年 月 日	3			令和 年 月 日
2			令和 年 月 日	4			令和 年 月 日

3. 対象児童の兄・姉（18歳以下の対象児童の兄・姉を全員ご記入ください）

No.	(フリガナ) 氏名	関係性	生年月日	同居・別居の別	住所（申請・請求者と別居の場合のみ記入）
1			平成・令和 年 月 日	同居・別居	
2			平成・令和 年 月 日	同居・別居	
3			平成・令和 年 月 日	同居・別居	

※ 4人以上の場合には、任意様式にご記入のうえご提出ください

4. 申請額・請求額

申請する給付金を計算し、記入してください。

対象児童数	×	給付金単価	=	申請額・請求額
人		100,000 円		円

※ 給付金の対象児童の人数を記入してください。対象児童の人数は「2. 対象児童」の人数になります。

※ 申請額・請求額は、対象児童1人当たり一律100,000円となります。（例）給付対象児童数1人の場合：1人 × 100,000円 = 100,000円

5. 受取方法

希望する受取方法のチェック欄（□）にチェック（☑）を入れて、必要事項を記入してください。

□ア 指定の金融機関口座（1. で記入していただいた申請・請求者名義の口座のみ）への振込みを希望します。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでご記入ください)	口座名義 (フリガナのみ)
		1 普通 2 当座		
金融機関コード	支店コード			

□イ 窓口での現金支給を希望

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りができない方のみが対象です。

6. 提出書類

以下の各項目の書類を準備し、チェック欄（□）にチェック（☑）を入れてください。

<input type="checkbox"/>	「第二子以降出産給付金支給申請書（請求書）」【本書】 ※必要事項をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	「申請・請求者本人確認書類の写し（コピー）」 ※申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（写真入り）（表面）、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し（コピー）をご用意ください。
<input type="checkbox"/>	「申請・請求者と対象児童の兄・姉との親子関係確認書類（別居監護の場合）」 ※健康保険証（申請・請求者（被保険者）、給付対象児童の兄・姉（被扶養者））の写し（コピー）及び給付対象児童の兄・姉が市外に住民登録がある場合は住民票をご用意ください。

（次ページも必ずご確認ください。）

**申請書（請求書）の提出にあたり、以下のことを誓約・同意します。**

- (1) 第二子以降出産給付金（以下「給付金」という。）の支給要件を満たしています。
- (2) 支給要件の該当性等を審査等するため、市が住民基本台帳情報、税情報や公的年金情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- (3) 公簿等で確認できない場合に、関係書類の提出を行います。
- (4) 申請に不備があり、令和7年3月31日までに当該不備が補正されなかった場合には、給付金が支給されないことに同意します。
- (5) この申請書は、支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱うことに同意します。
- (6) 支給決定をした後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和7年3月31日までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、給付金が支給されないことに同意します。
- (7) 申請内容等に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しないことが分かった場合には、受給済みの給付金を返還します。
- (8) 同一児童について給付金を受給済みではありません。（受給していた場合には、給付金を返還します。）