

第2号様式（第7条関係）

## 中井町子育て応援紙オムツ補助券交付申請書

年 月 日

中井町長 様

〒 \_\_\_\_\_  
申 請 者 住所 中井町 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(フリガナ)  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話（日中連絡先）  
\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

次のとおり中井町子育て応援紙オムツ補助券交付を受けたいので申請します。

	フリガナ	続 柄	母子手帳番号	該当理由
	氏 名		生年月日	
対象乳幼児			H R 年 月 日	出生 転入 ( 年 月 日)
			H R 年 月 日	出生 転入 ( 年 月 日)
			H R 年 月 日	出生 転入 ( 年 月 日)
交付対象 期間※	年 月分から 年 月分まで			

※交付対象期間は、1歳6か月になる月の前月まで

本申請に伴い、次の事項について同意します。

- 1 町が、世帯の住所等に係る事項について住民基本台帳等を確認すること。
- 2 支給場所である中井町子育て支援センターに必要事項を情報提供すること。