

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の交付を受けたいので申請します。

なお、本申請に伴い、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に同意いたします。

妊 婦	フリガナ	出産予定日	母子手帳番号
	氏 名		
		令和 年 月 日	

※補助券は、妊娠34週以降の妊婦訪問等において支給します。