**〔県町連携事業〕**

様式第１号（第６条関係）

松野町出産世帯応援補助金交付申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

松野町長　　　　　　様

〔申請者〕

　住　　所

氏　　名

電話番号　　　（　　　）

松野町出産世帯応援補助金の交付を受けたいので、以下の全ての内容に誓約・同意の上、関係書類を添えて申請します。

【誓約・同意事項】

※　全ての項目を確認し、□にチェック（✓）の上、申請者氏名を自署してください

□　申請時点において、町税等の滞納はありません。

□　生活保護法に基づく生活保護を受けていません。

□　暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を持つ者には該当しません。

□　補助金申請額等内訳書（様式第１号別紙１又は別紙２）に記載する支給対象児童の出生を要件として、松野町出産世帯応援補助金又は県内他市町における同種の補助金等の交付を申請し、既に交付されたことはありません。

□　購入した物品は、全て「新品」「未使用」のものであり、支給対象児童が居住する住居に設置し、又は支給対象児童の養育のために使用し、本補助金の趣旨に反した使用、返品、譲渡、売却等はしません。

□　この申請書及び関係書類の内容については事実と相違ありません。

□　この補助金の支給要件の該当性等を審査等するため、町長が必要と判断した場合は、住民基本台帳及び町税等の納付状況を確認し、又は申請書類に記載された情報を他の行政機関等に照会し、若しくは提供することに同意します。

□　虚偽の申請その他不正の行為によって交付を受けた補助金について、町から返還の求めがあったときは、遅滞なく返還します。

申請者氏名（自署）

**〔県町連携事業〕**

様式第１号別紙１

補助金申請額等内訳書（令和６年度出産世帯用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| フリガナ  氏名 |  | 支給対象児童出生時  の満年齢 |  | 支給対象児童との  続柄 |  |
| 申請者の配偶者 | 住所 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| フリガナ  氏名 |  | 支給対象児童出生時  の満年齢 |  | 支給対象児童との  続柄 |  |
| 支給  対象児童 | フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 母子手帳発行自治体（　　　　　　　　）　　母子手帳番号（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 令和6年度中に「出産世帯応援事業」の補助を受けた　　□はい　　□いいえ | | | | | | |
| →「はい」の場合の補助額（　　　　　）円　　　　　※町記入　　年度支給額（　　　　　）円 | | | | | | |
| 補助金申請額　（　　　　　　　　　）円 | | | | | | |

当該補助金は、令和６年４月１日もしくは母子手帳の交付日のいずれか遅い日から、支給対象児童の１歳の誕生日の前日までに要した育児用品及び家事や育児の負担を軽減する省エネ・時短家電の購入に対する経費を補助するものです。

【上記の事項を確認の上、誓約し、及び承諾する場合は、□に☑を記入してください】

□　令和7年度支給額について、同額又はそれ以上の額を、申請日までに支給対象児童の養育にかかる育児用品や省エネ・時短家電の購入に充てています（主な購入品を下記でチェック）。

□　上記の支給対象児童について、他自治体で同様の補助等は受けていません。

□　上記内容に虚偽が明らかになった場合は、支給決定を取消しの上、全額を返金します。

【申請時までの主な購入品をチェック】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊娠期 | □マタニティパジャマ | 通年 | □ベビー体温計 | 大型・高額育児用品 | □ベビーカー | 省エネ・時短家電 | □洗濯乾燥機 |
| □妊産婦用肌着 | □衛生用品一式 | □チャイルドシート | □洗濯機 |
| □母乳パッド | □粉ミルク | □バウンサー | □掃除機 |
| □腹帯、骨盤ベルト | □ガーゼ、タオル | □ハイローチェア | □ロボット掃除機 |
| □妊娠線クリーム | □電動鼻吸い機 | □ベビーサークル | □食器洗い乾燥機 |
| □母子手帳ケース | □おしりふき | □抱っこ紐 | □冷蔵庫 |
| 新生児期 | □石鹸、洗剤等 | □ベビー服、肌着、靴 | □ベビーベッド | □オーブンレンジ |
| □哺乳瓶、消毒用品 | 離乳食 | □マグ、水筒 | □大型遊具 | □ホットプレート |
| □新生児肌着・衣類 | □食事用いす | □収納等 | □炊飯器 |
| □ベビーバス | □ベビーフード | □プレイマット | □電気圧力鍋 |
| □おくるみ | □離乳食用食器 | □空気清浄機 | □エアコン |
| □新生児用布団 | □調理器具 | □見守りカメラ | □電動ポット |
|  | | | | | 総額　　　　　　　　　　　　円 | | |

**（裏面も記入してください）**

**（裏面）**

**〔県町連携事業〕**

○振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名  ※いずれかに○ |  | | 本店  支店  支所 | | | | | | |
| 預金種別  ※いずれかに○ | 普通・当座 | 口座番号  ※右詰めで記入 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※口座に誤りがないか確認するため、必ず通帳の表及び見開き１ページ目等の写しを添付してください。

※振込先は、申請者又は申請者の配偶者等が名義人の口座とし、申請者本人以外の口座を希望される場合は、下の『委任状』欄を記入してください。

　（申請者本人の口座を希望する場合は、記入不要です。）

委任状

松野町から当方に支払われる、松野町出産世帯応援補助金の受領に関する

一切の件は、

　 　(振込先口座名義人住所)

（振込先口座名義人氏名）

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　へ委任いたします。

　　 令和　　年　　月　　日

　申請者氏名（自署）：

【提出が必要な書類】

※提出前に漏れがないか確認し、□にチェック（✓）してください。

□　様式第１号及び様式第１号別紙１

□　支給対象児童及び両親の住所及び続柄並びに支給対象児童の出生日時点の両親の年齢が確認できる場合は住民票等、できない場合は３者の記載のある戸籍謄抄本及び附票

□　町税等納付状況調査同意書（様式第２号）

□　母子健康手帳

□　振込先口座の通帳の表及び見開き１ページ目等の写し