

恵那市長 様

申請者 住 所 〒

氏名（世帯主）

（署名又は記名押印）

恵那市こども加算給付金支給請求書

先に交付決定を受けたこども加算給付金について、恵那市低所得の子育て世帯への加算給付金支給事業実施要綱第14条の規定により、下記の金額を請求します。

なお、市が支給決定をした後、申請書（請求書）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、市が定める期限までに、市が申請・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。

記

請求額		円					
金融機関	銀行 金庫 農業協同組合 信用組合			本店 支店 支所 出張所			
	金融機関番号			支店番号			
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）			口座番号			
口座名義 (フリガナ)							
口座名義 (漢字等)							

※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

※ 受取口座を確認できる書類のコピーを添付してください。