

様式第1号（第6条関係）

天城町W a k u W a k u 紙おむつ購入券支給申請書

年 月 日

天城町長 殿

(申請者)

住所

氏名

電話番号

天城町W a k u W a k u 紙おむつ給付事業実施要綱第6条第1項の規定により、天城町W a k u W a k u 紙おむつ購入券の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。またこの申請に際し、私の世帯の住民基本台帳等、給付要件の確認のために必要な事項について天城町担当課職員が閲覧することに同意します。

記

支給の対象となる乳児

住 所	
氏 名	
出 生 日	年 月 日 生
申請者との続柄	
※天城町への転入日	申請者 年 月 日
	乳 児 年 月 日

(添付書類)

町税等完納証明書