様式第1号(第6条関係)

那須町コウノトリ休暇奨励金交付申請書兼請求書（対象者用）

年　　月　　日

那須町長　様

次の申請条件に同意又は誓約した上で申請します。

(1)　偽り等不正な手段にて交付を受けたときは、交付の取消しに同意する。

(2)　本申請の認定のために、町が保有する申請者の住民基本台帳及び税務

資料等の確認に同意する。

(3)　暴力団等の反社会勢力に該当しないことを誓約する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 | 　　 | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 奨励金請求額 | 　１０，０００円×　　　　日　＝　　　　　　　　円 |
| 雇用形態 | □正社員　□パート・アルバイト　□その他（　　　　　　） |
| 就労時間 | 就労日数 | □月間　□週間　　　　　日 |
| 就労時間 | □月間　□週間　　　　　時間　　　　　分 |
| 不妊治療に係る休暇を取得した日 | 1.　 年　 月　 日　6.　 年　 月　 日 11. 年　 月　 日2.　 年　 月　 日　7.　 年　 月　 日 12. 年　 月　 日3. 　年　 月　 日　8. 　年　 月　 日 13. 年　 月　 日4. 　年　 月　 日 9. 年　 月　 日 14. 年　 月　 日5. 年　 月　 日 10. 年　 月　 日 15. 年　 月　 日 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　本店・支店農協・信用組合　　　　　　出張所 |
| フリガナ |  | 預金種別 | 普通　　当座 |
| 口座名義 |  | 口座番号 |  |

添付書類

①戸籍謄本（申請日の3ヶ月以内のもの）

②受診した日付、病院名及び診察内容がわかる書類の写し（診療明細書等）

③就労していることがわかる書類の写し（加入している健康保険証等）