

とわだ子育て応援ギフト事業利用申請書兼同意書

令和 年 月 日

十和田市長 様

申請者

(住 所) 十和田市 \_\_\_\_\_

フリガナ  
(氏 名) \_\_\_\_\_

(続 柄) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

※日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

とわだ子育て応援ギフト事業について、とわだ子育て応援ギフト事業実施要領第3条の規定により、下記のとおり申請します。

また、本申請の審査に必要な範囲で私の世帯の住民基本台帳等に係る事項について、公簿等により確認すること及び十和田市が委託する事業者に対し必要事項を情報提供することに同意します。  
なお、虚偽の申請等により、不正に支給を受けた場合は同品の現物の返還について同意します。

記

対象乳児	フリガナ 氏 名	生年月日	性別
		年 月 日生	男・女
		年 月 日生	男・女
おむつ届け先 住所	十和田市		
希望する おむつ種類等	1か月：パンパース・メリーズ・ムーニー [テープ・パンツ]	S・M・L	
	2か月：パンパース・メリーズ・ムーニー [テープ・パンツ]	S・M・L	
	3か月：パンパース・メリーズ・ムーニー [テープ・パンツ]	S・M・L	
※注意※全メーカーSパンツとメリーズLテープの取り扱いなし・ムーニーパンツL男女別あり			
特記事項			