

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	フリガナ	世帯主との 関係	代理人	代理人
	代理人氏名		生年月日	住 所
			明治・大正・昭和・平成 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ( )
上記の者を代理人と認め、本給付金〔こども加算分〕の 1 申請、同意・誓約及び請求 2 受給 3 申請、同意・誓約、請求及び受給 を委任します。			世帯主 氏 名	署名（又は記名押印） ※代理人の署名（又は記名押印）ではありません。

### 振込先金融機関口座確認書類

受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が  
分かる通帳やキャッシュカードの写し

貼 付

### 本人確認書類

※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の写し（いずれか1つ）

貼 付

※代理による場合は、

「本人」及び「代理人」の本人確認書類を添付

お問い合わせ

東金市 市民福祉部 社会福祉課

〒283-8511 千葉県東金市東岩崎1番地1

受付時間 平日8:30～17:15（土日祝を除く。）