

松川町初回産科受診料補助金交付申請 申出書

年 月 日

松川町町長

申請者 住所

氏名

私は、市町村税非課税世帯と同様の所得であることを証する書類の提出ができませんが、下記のとおり相違ないことを申し出いたします。なお、この申し出が事実と相違している場合は、交付を受けた補助金は直ちに返還いたします。

記

私の世帯は家計急変等により、収入が減少しました。

【理由】

	世帯構成員 氏名	申請者 との 続柄	収入見込額 (A)	経費等 (B)	所得見込額 (A-B)	職業
申請者 及び申 請者と 扶養義 務関係 にある 世帯の 構成員		本人	円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
				円	円	円