
(Ime i prezime podnositelja zahtjeva)

(OIB podnositelja zahtjeva)

(Adresa stanovanja)

(Broj telefona)

OPĆINA SVETI IVAN ŽABNO
Općinski načelnik

ZAHTJEV ZA ISPLATU POMOĆI ZA NOVOROĐENČE

Sukladno članku 2. Odluke o pomoći za novorođenčad na području Općine Sveti Ivan Žabno („Službeni glasnik Koprivničko-križevačke županije“ broj 14/07. i 12/09) podnosim zahtjev za isplatu pomoći za novorođenče _____ (ime i prezime djeteta), rođeno _____ (dan, mjesec i godina rođenja) u _____ (mjesto rođenja).

Molim da mi se iznos pomoći za novorođenče isplati na tekući račun – štednu knjižicu (nepotrebno precrtati) broj _____ otvoren kod _____ (naziv banke).

Sveti Ivan Žabno, _____

Podnositelj zahtjeva:

Prilozi:

1. Preslika Izvatka iz matice rođenih za dijete,
2. Dokaz o prebivalištu majke (dokaz da majka na dan djetetova rođenja ima prebivalište na području Općine Sveti Ivan Žabno),
3. Preslika kartice tekućeg računa – štedne knjižice