

すこやか子育て支援事業助成申請書

年 月 日

五城目町長 渡邊 彦兵衛

(申請者)
住 所
氏 名 印
電話番号
(自署の場合は押印は不要です。)

すこやか子育て支援事業による保育料等の助成を申請します。
なお、申請にあたっては、次の事項に同意いたします。

1. 助成決定にあたって必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を閲覧及び調査すること。

2. 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために利用すること。

3. 当該補助金の受領に関する権限を利用する施設の代表者に委任すること。

4. 申請書等に記載した内容や補助決定に関する情報を、助成を行う際に必要な範囲で利用施設に提供すること。

申請に係る子どもの状況について

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生まれ		
利 用 施 設 名	名 称		
	T E L		
振込口座（還付による場合）	銀行 支店		
	(種別・口座番号)		

家族の状況について

氏 名	生年月日	同一戸籍	同一生計	児童手当 受給資格者	職業	備考

「同一戸籍」及び「同一生計」欄には該当の場合○をつけてください。（以下同じ）

※裏面もあります。

お子さんが平成28年4月2日以降に生まれた場合、以下の欄にも記載をお願いします。

兄弟姉妹の状況について

氏 名	生年月日	同一戸籍	同一生計	利用施設	備 考

確認書類（必要に応じて添付すること）
（戸籍謄本・除籍謄本）
（住民票）
（児童手当認定通知書）
（市町村民税所得割額を証する書類）
（施設利用料等を明らかにする案内書、契約書）
（施設に対して利用料等を納入したことを明らかにする領収書）等

（問い合わせ先）
五城目町役場健康福祉課
TEL 018-852-5128