

逗子市地域における小学校就学前の子どもを対象とした多様な集団活動事業の利用支援  
事業給付金支給申請書兼請求書

(宛先) 逗子市長

<b>【申請に当たり同意していただく事項】</b>	
1	決定に当たり必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿の類、徴収金台帳等を逗子市が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給付金受給資格審査、給付金額の算定その他の附帯業務のために逗子市が利用すること。
3	この申請書は、給付金を支給を決定した場合に限り請求書として取り扱われること。
4	要綱に規定する内容を遵守すること。
以上のことに同意し、以下のとおり申請します。	

1 申請者について記入してください。

申請者 (保護者)	フリガナ		申請幼児との 続柄	1父 2母	現住所	〒 -
	氏名			3その他 ( )		
	連絡先※1 (電話番号)	- -		注) 該当番号を○で囲い、その他の場合は括弧内も記載してください。		
				<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
				<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※1 連絡先(電話番号)欄は、確実に連絡が取れる順に記入してください。

2 申請幼児について記入してください。

申請幼児※2	フリガナ		現住所 申請者と異なる場合のみ記載	〒 -
	氏名			
	生年月日	年 月 日		

※2 対象となる幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

3 利用した施設等を記入してください。

フリガナ		所在地等	〒 -
施設・事業名			
契約している利用料※3	<input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円	電話:	

※3 該当箇所にレを記入し金額を記入してください。利用料の設定が月単位を超える(四半期・前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定(10円未満の端数切捨て)し、月額欄口にレを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

4 支給申請額を記入してください。

支給申請額		金 円 ( 年 月 ~ 年 月分)						
対象月	対象施設等に支払った月額利用料(a) ※4 ※5	給付基準額(b) ※6	申請額(c) (aとbを比較して小さい方)	対象月	対象施設等に支払った月額利用料(a) ※4 ※5	給付基準額(b) ※6	申請額(c) (aとbを比較して小さい方)	支給申請額 左記(c)の合計 円
4月				10月				
5月				11月				
6月				12月				
7月				1月				
8月				2月				
9月				3月				

※4 上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類(領収証等)を添付してください。

※5 利用料の設定が月単位を超える(四半期・前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定(10円未満の端数切捨て)してください。

※6 給付基準額は、逗子市からの支給申請依頼で記載があった額を記入してください。

5 給付金の振込先を記入してください。 ※7

金融機関番号		金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合	
支店番号		支店名		
口座番号		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座名義(かたが)				

※7 申請者と口座名義が異なる振込先(対象施設等は不可。)を指定する場合は、必ず下記に署名してください。

私(申請者)は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。 申請者氏名
--

# 記入見本

申請日 令和〇年〇月〇〇日

## 返子市地域における小学校就学前の子どもを対象とした多様な集団活動事業の利用支援事業給付金支給申請書兼請求書

(宛先) 返子市長

### 【申請に当たり同意していただく事項】

- 1 決定に当たり必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等有する学齢簿の類、徴収金台帳等を返子市が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給付金受給資格審査、給付金額の算定その他の附帯業務のために返子市が利用すること。
  - 3 この申請書は、給付金を支給を決定した場合に限り請求書として取り扱われること。
  - 4 要綱に規定する内容を遵守すること。
- 以上のことに同意し、以下のとおり申請します。

### 1 申請者について記入してください。

申請者 (保護者)	フリガナ	ズシイチロウ	申請幼児との 続柄	1 父 2 母 3 その他 ( ) <small>注) 該当番号を○で囲い、その他の場合は括弧内も記載してください。</small>	現住所	〒249-0000 返子市△△ 〇〇-〇-〇
	氏名	返子 一郎				
	連絡先※1 (電話番号)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 △△△-△△△△-△△△△		<input checked="" type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※1 連絡先(電話番号)欄は、確実に連絡が取れる順に記入してください。

### 2 申請幼児について記入してください。

申請幼児※2	フリガナ	ズシタロウ	現住所 <small>申請者と異なる場合のみ記載</small>	〒 -
	氏名	返子 太郎		
	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日		

※2 対象となる幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

### 3 利用した施設等を記入してください。

フリガナ	マルマルエン サンカ	所在地等	〒〇〇〇-▽▽▽▽ □□市◎◎〇-□-▽ 電話: △〇△-△△△△-□□□□
施設・事業名	〇〇園 △△		
契約している利用料※3	<input checked="" type="checkbox"/> 月額45,000円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円		

※3 該当箇所にレを記入し金額を記入してください。利用料の設定が月単位を超える(四半期・前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定(10円未満の端数切捨て)し、月額欄口にレを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

### 4 支給申請額を記入してください。

満額の場合は、240,000円です

支給申請額 金 220,000 円 (R〇年 4月~R△年 3月分)								
対象月	対象施設等に支払った月額利用料(a) ※4 ※5	給付基準額 (b) ※6	申請額 (c) (aとbを比較して小さい方)	対象月	対象施設等に支払った月額利用料(a) ※4 ※5	給付基準額 (b) ※6	申請額 (c) (aとbを比較して小さい方)	支給申請額左記(c)の合計
4月	45,000	20,000	20,000	10月	45,000	20,000	20,000	220,000
5月	45,000	20,000	20,000	11月	45,000	20,000	20,000	
6月	45,000	20,000	20,000	12月	45,000	20,000	20,000	
7月	45,000	20,000	20,000	1月	45,000	20,000	20,000	
8月	0	20,000	0	2月	45,000	20,000	20,000	
9月	45,000	20,000	20,000	3月	45,000	20,000	20,000	

※4 上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類(領収証等)を添付してください。

※5 利用料の設定が月単位を超える(四半期・前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定(10円未満の端数切捨て)してください。

※6 給付基準額は、返子市からの支給申請依頼で記載があった額を記入してください。

### 5 給付金の振込先を記入してください。 ※7

金融機関番号		金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫・農協・信用組合		
支店番号		支店名	▽△ 支店		
口座番号	1234567	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座名義(カタカナ)	ズシイチロウ				

※7 申請者と口座名義が異なる振込先(対象施設等は不可。)を指定する場合は、必ず下記に署名してください。

私(申請者)は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。  
申請者氏名