

年 月 日

砂川市長 様

砂川市一時保育利用者負担軽減補助金交付申請書兼請求書

砂川市一時保育利用者負担軽減補助金交付要綱第5条の規定により補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

なお、当該申請（請求）に当たり、以下の項目に同意、誓約します。

- （1） 市において補助金の交付を決定した後、当該申請書を請求書として取り扱うこと。
- （2） 補助金の交付に係る要件の審査に当たり、市が必要な公簿等の確認を行うこと。
- （3） 公簿等で確認できない場合は、市に關係書類を提出すること。
- （4） この申請書に記載した内容を、必要な範囲で一時保育を利用した施設に提供すること並びに当該施設が有する一時保育に係る台帳等を市が閲覧及び調査すること。
- （5） 砂川市一時保育利用者負担軽減補助金交付要綱第3条に規定する交付対象者に該当すること。
- （6） 補助金の受給後、交付に係る要件に該当しないことが判明した場合は、補助金を返還すること。

記

1 申請者兼請求者（保護者）

氏名 (自署)	(フリガナ)	生年月日
		年 月 日
現住所		電話番号

2 対象児童

氏名	生年月日	住所
		☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）

3 世帯員の情報

氏名	生年月日	続柄	住所
			☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）
			☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）
			☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）
			☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）
			☐ 申請者と同じ ☐ 別住所（ ）

4 世帯の状況（該当する区分の番号を○で囲んでください。）

区分	内 容	補助金の上限額 (児童1人当たり)	市記入欄
1	生活保護受給世帯	日額3,000円	☐
2	市町村民税非課税世帯	日額2,400円	☐
3	市町村民税所得割課税額を世帯合算した額が 77,101円未満である世帯	日額2,100円	☐
4	その他市長が特に支援が必要と認める世帯	日額1,500円	☐

※ 当市で課税状況が確認できない場合は、市町村民税課税証明書の写しを添付してください。

5 一時保育の利用状況及び交付申請（請求）額

利用日	利用施設名	利用者負担金 (a)	補助金の上限額 (b)	aとbを比較して小 さい額（c）
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
補助金の交付申請（請求）額（（c）の合計）				円

6 振込先

金融機関名	
店 名	
預金口座	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

（※）申請者以外の口座への振込みの場合は、下記委任事項を記入してください。

（委任事項）

補助金の受領について、次のとおり委任します。

委任者 (申請者)	住 所	
	氏 名	
受任者 (振込先口座名義人)	住 所	
	氏 名	

（※）委任者（申請者）は本人が必ず自署してください。