

相互援助活動費給付申請書

年 月 日

上三川町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電 話
子との関係

上三川町ファミリー・サポート・センター事業実施要綱の規定に基づき、下記のとおり請求します。
なお、この申請の審査にあたり、次の事項に同意します。

- ・ 申請者と児童が、上三川町に居住していることを上三川町が住民基本台帳で確認すること
- ・ 実際に利用していることを上三川町が提供会員に確認すること。
- ・ 利用料の支払い状況を上三川町が提供会員に確認すること。
- ・ 課税状況を上三川町が確認すること。

フリガナ		生年月日	年 月 日
児童氏名		保育の必要性の認定 ※1	<input type="checkbox"/> 第2号(3歳以上) <input type="checkbox"/> 第3号(3歳未満)
利用年月日	提供会員に支払った利用料 (a)	月額上限額 (b)※2	請求額 (aとbを比較して小さい方)
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円

※1 保護者の方が保育施設での保育を希望し、保育の必要性があると認定されたときの認定区分です。

※2 「保育の必要性の認定」が第2号のときは月額37,000円、第3号のときは42,000円です。

振込先

金融機関名	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
銀行・信用金庫	支店	口座番号
農協・信用組合	出張所	口座名義 (カタカナ)

【添付書類】

利用内容と領収金額が分かる書類（提供会員が発行した領収書兼実績報告書など）