様式第１号（第６条関係）

鹿沼市ひとり親家庭等ﾌｧﾐﾘｰ・サポート・センター利用料助成金交付申請書

年　　月　　日

鹿沼市長　　宛

鹿沼市ひとり親家庭等ファミリー・サポート・センター利用料助成金実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請し、請求します。また、市の職員が審査に必要な所得情報や児童扶養手当受給者情報等を調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな  氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 印 |
| 住　所 | 〒  鹿沼市 | | |
| 電話番号 |  | 会員番号 |  |
| 申請理由 | １　ひとり親家庭医療費助成金を受給している。  ２　児童扶養手当を受給している。  ３　生活保護受給世帯である。 | | | |

１　助成金交付申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 報酬額（Ａ） | 交付申請額  （Ａ）×１／２（10円未満切捨て） |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 合　　　　　計 | | 円 |

※報酬については、交通費・食事代・おやつ代等の実費負担分及びキャンセル料は除く。

２　助成金振込先（受領を委任する場合は記入不要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 名　　称 | 支　店　名 | |
|  |  | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| ふりがな  口座名義人 |  | | |
|  | | |

※必ず援助活動の報告を添付してください。（コピー可）