

（あて先） 郡上市長 様

一時預かり利用者負担軽減事業補助金交付申請書

私は、郡上市一時預かり利用者負担軽減事業補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付決定後は、補助金の請求書として取扱い指定の口座へ振り込んでください。また、補助金交付の審査に当たり、次の事項に同意します。

- （1） 保護者及び対象児童が市内に住所を有していることを市が住民基本台帳で確認すること。
- （2） 対象児童が利用している施設に利用状況、利用者負担額等の支払状況を市が確認すること。
- （3） 保護者の世帯の生活保護に関する情報及び市町村民税に関する情報を市が確認すること。
- （4） 交付決定後、申請内容に虚偽が認められた場合は速やかに交付された補助金を返還すること。

※公簿等にて確認できない内容がある場合は、証明できる書類をご提出していただく場合があります。

1. 申請者兼請求者（保護者）

(ふりがな) 氏名	生年月日	住所
	年 月 日	電話番号 ()
該当する要件 (チェックを記入ください)	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税 77, 101 円未満世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他市長が認める世帯	

2 対象児童

(ふりがな) 氏名	生年月日	申請者との続柄	住所
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()

3 世帯員の情報

(ふりがな) 氏名	生年月日	申請者との続柄	住所
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所 ()

4 補助金交付申請額(請求額)

() 月分	利用施設	申請 (請求) 額
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
日		円
合計請求額		円

5 振込先口座 (申請者名義の口座に限ります)

金融機関名		支店名		分類	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行・信金 信組・農協		本店・支店 支所・出張所		普通 当座		
金融機関 コード		店舗 コード				

6. 添付書類

☐ 領収書 (利用日ごとの領収額がわかるもの) 又は領収証明書

【市記入欄】

申請者に対し一時預かり事業の利用を促し、また一時預かり事業負担金を軽減することが適当な世帯と認めます。

担当者署名 _____

【市審査欄】

- ☐ 生活保護法による被保護世帯 (保護開始日)
- ☐ 市町村民税非課税世帯
- ☐ 市町村民税 77, 101 円未満世帯 (世帯課税額)
- ☐ その他市長が認める世帯