

北谷町長 様

申請者 住 所.....  
 (保護者)氏 名.....印  
 電話番号.....

北谷町認可外保育施設保護者負担軽減助成金交付申請書兼請求書

北谷町認可外保育施設保護者負担軽減助成事業実施要綱第6条の規定により申請し、助成金の交付を請求します。  
 なお、申請の審査に当たり、町が保護者及び児童の住民記録について公簿を確認すること及び児童の在籍状況について当該認可外保育施設に確認することに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童の氏名			
入所保育施設名		入所日	年 月 日

申請額	期 別		区分	助成月額	該当月数	期別申請額	今回申請額  円
	第1期	4・5・6		円	× 月分	= 円	
	第2期	7・8・9		円	× 月分	= 円	
	第3期	10・11・12		円	× 月分	= 円	
	第4期	1・2・3		円	× 月分	= 円	

※1 区分欄には、就学前児童のうち第1子をア、第2子をイ、第3子以降をウと記入してください。

※2 助成月額欄には、区分ごとの助成月額を記入してください。(ア…1,000円、イ…2,000円、ウ…全額)

振込先	金融機関名		支店名		支店番号	
	口座番号 (右詰めで記入)		口座名義(カタカナ) (申請者本人の口座に限ります。)			

以下は、施設で証明してください。

保育料納入証明書

上記児童が、本保育施設に入所し、各月における保育料について、納入済みであることを証明します。

( 年度)

期	月	保育料	期	月	保育料	期	月	保育料	期	月	保育料
第1期	4月	円	第2期	7月	円	第3期	10月	円	第4期	1月	円
	5月	円		8月	円		11月	円		2月	円
	6月	円		9月	円		12月	円		3月	円

年 月 日

所在地.....  
 施設名称.....  
 代表者名.....印  
 (電話番号.....)

※町処理欄

受付No.		決定年月日		決定金額	
交付可否	可・否	支払年月日		備考	

入所児童調書

区分	氏名	続柄	年齢	生年月日	職業(勤務先)	
入所児童の属する世帯の状況欄	入所児童	フリガナ	本人	. .		
	入所児童の世帯員				. .	
					. .	
					. .	
					. .	
					. .	
					. .	
					. .	
					. .	
保育を必要とする理由		<p>該当する項目に○印をしてください。</p> <p>1 就労 父 . 母</p> <p>2 病気療養 父 . 母</p> <p>3 出産 出産(予定)日 年 月 日</p> <p>4 その他</p> <p>( )</p>				

- 備考 1 「入所児童の属する世帯の状況欄」には、入所児童と生計を共にする方全員について記入し、続柄は入所児童から見たものとしてください。
- 2 20歳以上65歳未満の方で仕事をされていない場合、職業欄に入所児童を保育できない事情を記入してください。
- 3 助成の対象要件の確認のため、勤務証明書等の提出を求め、調査する場合があります。