

様式第 1 号（要綱第 6 条関係）

一時預かり利用者負担軽減補助金交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

電話

次のとおり一時預かり利用者負担軽減補助金の交付を受けたいので申請します。

利用した 児童	住所				
	氏名				
	生年月日				
申請者（保護 者）及び生計 を一にして いる保護者 （配偶者等）	児童との 続柄 （ ）	住所			
		氏名		生年月日	
	児童との 続柄 （ ）	住所			
		氏名		生年月日	
その他児童 と同一の世 帯に属する 者	児童との 続柄 （ ）	氏名		生年月日	
	児童との 続柄 （ ）	氏名		生年月日	
	児童との 続柄 （ ）	氏名		生年月日	
	児童との 続柄 （ ）	氏名		生年月日	

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)	備考
1	生活保護受給世帯	日額 3, 0 0 0 円	☐ ※ 1
2	市町村民税非課税世帯	日額 2, 4 0 0 円	☐ ※ 2
3	市町村民税所得割合算額が 7 7, 1 0 1 円未満である世帯	日額 2, 1 0 0 円	☐ ※ 2
4	その他市長が特に支援が必要と認める世帯	日額 1, 5 0 0 円	

一時預かり事業の利用状況及び交付申請額

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
補助金の交付申請額（c の合計）				円

振込先金融機関口座（申請者本人名義の口座に限る。）

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		
店名等	本店・支店・出張所		
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			
同意書 私は、補助金の交付の申請に当たり、次の項目に同意、誓約します。 (1) 私は、佐野市一時預かり利用者負担軽減補助金交付要綱第3条に掲げる交付対象者の要件を満たす者であることを誓約し、この誓約に反することが明らかになった場合は、補助金の交付決定が取り消されても異存はありません。 (2) 私は、佐野市長が補助金の交付の条件に適するかの確認のため、住民基本台帳及び課税台帳を閲覧することに同意します。 年 月 日 同意者 _____ _____			

※同意書はそれぞれ本人が自署すること。ただし、未成年者、成年被後見人等の場合は法定代理人による代筆が可能です。

※1 生活保護受給証明書を添付してください。

※2 年1月1日現在の住所が佐野市以外の場合は、 年度市町村民税課税証明書を添付してください。