

はぎファミリー・サポート・センター利用補助金交付申請書

阿武町長 様

次のとおり、はぎファミリー・サポート・センター利用補助金交付要綱の規定により、補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付決定の審査において、はぎファミリー・サポート・センターへ照会を行うことに同意します。

申請者 (会員)	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	会員番号	
	氏名			平成				性別	男・女
	住所	阿武町大字							
利用児童	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日	性別	男・女
	氏名			令和					
	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日	性別	男・女
	氏名			令和					

利用日時	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間	補助金額	円
	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間		
	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間		
	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間		
	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間		
	令和	年	月	日	時間	令和	年	月	日	時間		

上記の利用料補助を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 協同組合	本店 支店 出張所	科目	口座番号			
			1.普通預金 2.当座預金 3.その他				
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ				
			口座名義人				

※口座名義人は、はぎファミリー・サポート・センターに入会した依頼会員のものとします。

※該当するものに○をつけてください。網掛の中は記載不要です。

※振込先の確認として、上記口座の通帳等の写しを添付してください。(役場窓口に来られた場合は、役場でコピーを取ります。)

<注意事項>

- ①利用料の補助は、1回の利用料の半額になります。
- ②補助対象は12回/月までとなります。12回を超えた部分の補助はありません。
- ③利用料補助の振込は、利用月の翌月になります。