

美郷町子育てファミリー支援事業助成対象認定申請及び助成金交付申請書

提出日を記入してください。

令和 3年 6月 1日

美郷町長 様

申請者（助成対象者） 住 所 美郷町土崎字上野乙170-10

氏 名 美郷 太郎 印

電話番号 0187-84-4914

美郷町子育てファミリー支援事業にかかる助成対象者の認定申請及び助成金の交付申請をします。なお、申請事項の確認のため、事業を利用した子どもに○を記入してください。 を承諾します。

※小学生以上の子どもは事業を利用できません

[養育している子]

氏 名	生年月日	年齢	住 所	事業を利用した子 (○を記入)
美郷 湧子	平成18年 4月10日	15歳	同 上	
美郷 湧太郎	平成24年11月25日	8歳	//	
美郷 湧次郎	平成29年 5月22日	4歳	//	○
美郷 湧美	令和 2年10月 1日	0歳	//	○

利 用 内 容

子育て短期支援事業 一時預かり事業
 病児保育事業 ファミリー・サポート
 ○その他（予防接種費用、知育玩具購入、）

利用したサービスの種類に○をつけてください。

支 払 っ た 金 額 の 合 計

16,500 円 (添付する領収書 2 枚)

助成金を請求する領収書（レシート）の合計金額と領収書枚数を記載してください。【訂正不可】

振 込 先

銀行 農協 〇〇 〇〇 支店
 金庫・組合

振 込 口 座	普通 当座	口座番号 (右つめ)						
		1	2	3	4	5	6	7
		(フリガナ) ミサト タロウ						
	口座名義人	美郷 太郎						

「支払った金額の合計」は訂正できません。新しい申請書を再度記入してください。
 その他の項目は、訂正箇所に訂正印を押してください。（修正液や修正テープは使用不可）