第４号様式（第９条関係）

申請日　　　　年　月　日

平群町地域における小学校就学前の子どもを対象とした

多様な集団活動事業の利用支援事業支給申請書

（宛先）平群町長　様

|  |
| --- |
| 【申請にあたって同意していただく事項】  １．決定にあたって必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿の類、徴収金台帳等を平群町が閲覧及び調査すること。  ２．申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために平群町が利用すること。  ３．要綱に規定する内容を遵守すること。  以上のことに同意し、以下のとおり申請します。 |

**１．申請者について記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 申請  幼児  との  続柄 | １父　　２母  ３その他（　　　）  注）該当番号を〇で囲い、その他の場合は( )内も記載して下さい。 | 現住所 | 〒　　　－ |
| 氏名 | 印 |
| 連絡先※１  (電話番号) |  | □父携帯　　□母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） | | | |
|  | □父携帯　　□母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） | | | |

※１　連絡先（電話番号）欄は、確実に連絡がとれる順に記入してください。

**２．申請幼児について記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請  幼児  ※２ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 現住所  申請者と異なる場合のみ記載 | 〒　　　－ |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |

※２　対象となる幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

**３．利用した施設等を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 所在地 | 〒　　　－  電話： |
| 施設・事業名 |  |
| 契約している利用料※3 | □月額　　　　　　円　　　□日額　　　　　円　　　　□時間額　　　　　円 | | |

※３　該当箇所にレを記入し金額を記入して下さい。利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定(十円未満端数切捨て)し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入して下さい。

**４．支給申請額を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給申請額 | | **金　　　　　　　　　　　　　円**（　　年　　月～　　年　　月分） | | | | | | |
| 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額給付  基準額(b)　※6 | 請求額  (aとbを比較して小さい方) (c) | 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額給付  基準額(b)　※6 | 請求額  (aとbを比較して小さい方) (c) | 支給申請額  (左記cの  合計) |
| ４月 |  |  |  | １０月 |  |  |  | 円 |
| ５月 |  |  |  | １１月 |  |  |  |
| ６月 |  |  |  | １２月 |  |  |  |
| ７月 |  |  |  | １月 |  |  |  |
| ８月 |  |  |  | ２月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  | ３月 |  |  |  |

※４　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（領収証等）を添付してください。

※５　利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定（十円未満端数切捨て）して下さい。

※６　月額給付基準額は、平群町からの支給申請依頼で記載があった額を記載してください。

**５．給付金の振込先を記入してください。（※７）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協・信用組合 | 金融機関コード |  |
| 支店名 |  | 支店コード |  |
| 預金種目 | □普通　　　　□当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義(ｶﾀｶﾅ) |  | | |

※７　申請者と口座名義が異なる振込先（対象施設等は不可。）を指定する場合は、必ず下記に署名してください。

|  |
| --- |
| 私（申請者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。  　　申請者氏名 |