

第1号様式(第6条関係)

(あて先) 日野市長

年 月 日

日野市多胎児家庭サポーター助成事業交付申請書兼請求書

【 年 月 ～ 年 月 分】

・助成金の支給にあたり、必要な個人情報(住民情報等)を調査することに了承します。
 ・助成金の支給にあたり、必要な情報(利用状況、支払い状況等)をサービス提供者に調査することを了承します。

上記、記載事項に同意の上、助成金の交付について下記の通り申請します。(申請者自署)

申請金額	金	円
------	---	---

助成金内訳

サービス提供協力者	
-----------	--

プランニング	年 月 日	金	円
--------	-------	---	---

支援サービス

年 月分	利用時間	時間	×	1時間当たり	(上限2,000円) 円	=	合計金額	円
年 月分	利用時間	時間	×			=	合計金額	円
年 月分	利用時間	時間	×			=	合計金額	円
年 月分	利用時間	時間	×			=	合計金額	円
計	利用時間	時間	+	前回まで累計	時間	=	時間	

フリガナ		続柄		電話番号	
申請者氏名		父・母 他()			
生年月日	年 月 日(歳)				
フリガナ		フリガナ			
子ども氏名		子ども氏名			
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日		年 月 日(歳)	
住所					
振込先 金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	店番号
口座の種類	普通 当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義人					

ゆうちょ銀行希望の方はこちらにご記入ください。

記号						番号(右詰)							
----	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

ゆうちょ銀行の方で店番・口座番号の記載のある方のみご記入ください。

店番				口座番号								
----	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要となります。

私は、上記口座名義人に助成金受取を委任いたします。

年 月 日

申請者 氏名

■助成金額は支援サービス1時間(1時間未満は切捨て)につき上限2,000円、妊娠が判明し母子手帳を取得した日から1歳未満は160時間を限度とし、1歳以上満2歳までは120時間を限度とする。

■支援サービスは妊娠が判明し母子手帳を取得した日から満2歳に至る日までの利用が対象です。プランニングは産前から対象となります。

■出産前に提出される場合または住民情報等での確認ができない場合は、母子手帳の写しをご提出ください。

■申請書の提出期限 4～7月利用分・・・8月1～31日に申請、9月末頃に支給
 8～11月利用分・・・12月1～28日に申請、1月末頃に支給
 12～3月利用分・・・4月1～30日に申請、5月末頃に支給

■あらかじめ市が指定したサービス提供協力者に限ります。ベビーシッターは対象外。