

(宛先) 目の出町長

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有する学齢簿の類、徴収金台帳等を日の出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日の出町が利用すること。
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。

申請者	フリガナ		申請 幼児 との 続柄	1 父 2 母 3 その他 () (注) 該当番号を○で囲い、その他の 場合は()内も記載して下さい。	現住所	〒 ー
	氏名					
	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。

申請 幼児 ※2	フリガナ		現住所	〒 ー
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
			申請者と異なる場合のみ記載	

※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。

フリガナ	所在地		〒		—	
施設・事業名			電話：			
契約している利用料※3	□月額	円	□日額	円	□時間額	円

※3 該当箇所には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□にはレを記入し、算定した月額相当分を記入して下さい。

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 月額基準額は、日の出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。

[illegible]

※7 請求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（請求者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。
請求者氏名