

(宛先) 所沢市長

所沢市ひとり親家庭等ファミリー・サポート・センター等利用費助成金交付申請書兼請求書

私は、所沢市ひとり親家庭等ファミリー・サポート・センター等利用費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

なお、申請内容の審査に当たり、市が次の事項を確認することに同意します。

- (1) 申請者及び申請者と同一世帯の全ての者の住民基本台帳
- (2) 申請者の児童扶養手当受給に関する情報及び所沢市ひとり親家庭等医療費の受給資格
- (3) 申請者 所沢市ファミリー・サポート・センター又は緊急サポートセンターに登録された
- (4) 所 利用会員が申請者になります。

1 所沢市ファミリー・サポート・センター事業等利用会員（申請者）

フリガナ	トコロザワ ハナコ	〒	359 - 8501
氏名	所沢 花子	住所	所沢市並木一丁目1番地の1
生年月日	昭・平 59年10月 1日	電話	04-2998-9124
資格区分	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給者 <input checked="" type="checkbox"/> 所沢市ひとり親家庭等医療費受給者（児童扶養手当受給者を除く。）		

資格区分のいずれかに してください。

2 振込先金融機関（申請者名義の口座をご指定ください。）

<input type="checkbox"/> 児童扶養手当登録口座と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 所沢市ひとり親家庭等医療費助成登録口座と同じ <input type="checkbox"/> 次のとおり	
金融機関名	預金種目
銀行・信用金庫	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
支店	口座番号
農協・信用組合	口座名義

申請書1枚につき、1か月分の利用費をまとめて申請してください。

3 利用内容及び請求額

利用年月	利用区分	助成対象費用（※1）
令和 2年10月	所沢市ファミリー・サポート・センター	14,000円
	所沢市緊急サポート	10,000円
	助成対象費用合計	24,000円
	助成対象費用合計の1/2 (a)	12,000円
	月額上限額 (b) (※2)	15,000円
	請求額 (aとbの金額の低い方を記入)	12,000円

(※1) 助成対象費用は、援助活動に係る報酬とし、交通費・食事代等の実費及びキャンセル料は含まれません。

(※2) 月額上限額は、児童1人当たり月額15,000円