様式第１号

年　　月　　日

（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。

⑴　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

⑵　申請者の児童扶養手当の支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

⑶　申請者の児童扶養手当又は所沢市ひとり親家庭等医療費助成の登録口座

⑷　所沢市ファミリー・サポート・センター及び所沢市緊急サポートの利用状況等

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		住所	〒　　－
氏　　名	㊞		
生年月日	昭・平　　年　　月　　日		電話：
資格区分	□　児童扶養手当受給者 □　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。）		

２　振込先金融機関（申請者名義の口座をご指定ください。）

□　児童扶養手当登録口座と同じ　□　所沢市ひとり親家庭等医療費助成登録口座と同じ　□　次のとおり			
金融機関名		預金種目	□　普通　□　当座
銀行・信用金庫　支店 農協・信用組合　出張所		口座番号	
		口座名義（カタカナ）	

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