第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

稲城市ファミリー・サポート・センター利用料補助申請書兼請求書

稲　城　市　長　　殿

住　　所　稲城市

保護者氏名　　㊞

電　　話　　（　　）

次のとおり稲城市ファミリー・サポート・センター利用料補助を申請します。
交付決定があった後は、交付決定された補助金を下記口座に振り込んでいただきますよう請求します。

また、本補助金の受給手続きに必要な場合において、稲城市ファミリー・サポート・センター運営事業委託先への利用状況の確認、及び稲城市が保有する住民基本台帳を調査し、利用することに同意します。

１　申請理由（該当する理由を〇で囲んでください）

- 産後の体調不調（添付書類；医師から産後うつと診断された診断書）　年 60 時間まで
- 多産児出産　（添付書類；母子手帳）　年 60 時間まで
- 生活保護世帯　（添付書類；保護証明書）　年 45 時間まで
- 低所得世帯　（添付書類；利用月の当該年度の住民税非課税証明書）　年 45 時間まで
- 障害児を養育する世帯
  （添付書類；身体者障害手帳・愛の手帳・精神障害者保健福祉手帳のいずれかの写し）　年 60 時間まで
- その他（理由；　　添付書類；　　）年 60 時間まで

※添付書類については、上記の他に「活動報告書」を添付して下さい。
※申請理由に２つ以上該当する方は、年 60 時間まで申請できます。

２　補助金申請額

児　童　名	利用料支払金額	補助率	補助金申請額	備　考
	円	1 /2	円	
	円	1 /2	円	
	円	1 /2	円	
計			円	

３　補助金振込先

金融機関	銀行・信金 信組・農協	支店名	支店	口座番号								普通 当座
コード					コード				口座名義	カタカナ		