

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同意書兼請求書

稲 城 市 長 殿

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。

（申請兼同意兼請求者）

住 所 稲城市

利用会員名

電 話 番 号

1 該当世帯（○で囲んでください）

- ・ 産後うつ世帯 （添付書類：産後うつの診断書） 年 60 時間まで
- ・ 多胎児出生世帯 （添付書類：多胎児出生が記載してある住民票の写し） 年 60 時間まで
- ・ 生活保護世帯 （添付書類：生活保護受給証明書） 年 45 時間まで
- ・ 低所得世帯 （添付書類：世帯全員分の住民税非課税証明書） 年 45 時間まで
- ・ 障害児世帯 （添付書類：同居する 18 歳未満児の身体障害者手帳・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
- ・ 被災世帯 （添付書類：被災したことが確認できる書類） 年 60 時間まで

※ファミリー・サポート・センター活動報告書（各利用日に活動会員の領収サインがあるもの）を必ず添付してください。

※時間数は、活動報告書の利用料算定の際の時間とします。

※該当世帯に重複する場合、年 60 時間までとします。

※多胎児出生世帯は、稲城市の住民基本台帳で多胎児出生が確認できる場合、住民票の添付を省略することができますのでご相談ください。

※低所得世帯で、4 月から 5 月に利用された方は前年度の住民税非課税証明書、6 月から 3 月に利用された方は当該年度の住民税非課税証明書を添付してください。

2 申請額

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

3 振込先(申請者と同一名義の口座に限る)

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