

記入例

様式第4号（第9条関係）

XXXX年XX月XX日

飯能市地域における小学校就学前の子どもを対象とした 多様な集団活動事業の利用支援事業支給申請書兼請求書

(宛先) 飯能市長

【申請にあたって同意していただく事項】	
1. 決定にあたって必要な範囲内で、申請者の子どもが通園する施設等有する名簿類、徴収金台帳等を飯能市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飯能市が利用すること。	
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。	

1 申請者について

申請者 兼 請求者	フリガナ	ハンノウ タロウ	子ども との 続柄	父	現住所	〒357-8501
	氏名	飯能 太郎 ㊟				飯能市大字双柳〇〇-〇〇
	連絡先※1 (電話番号)	042-973-2111	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		090-XXXX-XXXX	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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。

2 子どもについて

子ども ※2	フリガナ	ハンノウ ハナコ	現住所	〒 -
	氏名	飯能 花子		
	生年月日	令和元年 5月 1日	(申請者と異なる 場合のみ記載)	

※2 対象の子どもが複数いる場合は、子どもごとに作成してください。

毎月の利用料に変動がある場合は、毎月ご提出いただくか、※3のとおり計算いただき、月額相当分をご記入ください。

3 利用した施設等

フリガナ	△ヒロバ	所在地	〒XXX-XXXX
施設・事業名	△△△△△△△△広場		埼玉県〇〇市△△△
契約している利用料※3	<input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 時間額 1,000 円	電話：XXX-XXX-XXXX	

※3 該当箇所に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(10円未満端数切捨て)し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入して下さい。

4 支給申請額

支給申請額		金 45,000 円 (令和4年 4月 ~令和4年 6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	15,000	20,000	15,000	10月		20,000		45,000 円
5月	15,000	20,000	15,000	11月		20,000		
6月	15,000	20,000	15,000	12月		20,000		
7月		20,000		1月		20,000		
8月		20,000		2月		20,000		
9月		20,000		3月		20,000		

※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、(10円未満端数切捨て)して下さい。

※6 月額基準額は、飯能市からの支給申請依頼で

初めて請求する場合は、振込先の口座番号等を確認するため、振込先のキャッシュカードまたは通帳の写しを添付してください。

支払額に利用料以外（食費、入園料、施設整備費等）が含まれている場合は、内訳が分かるものを施設にお願いしてください。

5 給付金の振込先※7

金融機関番号	X X X X	金融機関名	信用金庫・ <input type="checkbox"/> 農協・ <input type="checkbox"/> 信用組合
支店番号	Y Y Y	支店名	
口座番号	1 1 1 1 1 1 1	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義(ｶﾈ)	ア ア ア ア ア ア ア		

※7 請求者と口座名義が異なる振込先（対象施設等への振込は不可。）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