

（あて先）松江市長

松江市訪問型子育てサポート事業利用支援補助金交付申請書兼請求書

松江市訪問型子育てサポート事業利用支援補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。なお、申請に当たり、市が私及び私の世帯員の住民票及び市町村民税の課税状況について確認することに同意します。このことについては、私の世帯員の同意を得ています。

| | | | | |
|-------------|-----|----|-------|-------|
| 申請者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 連絡先 | | | |
| その他の 世帯員 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考 |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |

| | | |
|--------|--|--------|
| 補助対象金額 | 補助区分 | 補助金申請額 |
| 円 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（補助率 100%） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯（補助率 100%） <input type="checkbox"/> ひとり親世帯（補助率 50%） （事実婚の有無 <input type="checkbox"/> 無し） | 円 |

- ・申請時は、対象となる松江市訪問型子育てサポート事業報告書（請求書兼領収書）を添付して下さい。
- ・補助対象金額は、補助対象者が松江市訪問型子育てサポート事業の利用の際に支払った利用料のうち、同一年度内に 40 時間分が上限となります。
- ・補助金申請額は、補助対象額に補助率を掛けて、算定して下さい。

裏面へ続く

交付が確定した場合は、次の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | |
|-------------|------|--------------------|------|--------------------|--|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 金融機関 | 銀行・信用金庫 農協・労働金庫 | | 本店・支店 本所・支所・出張所 | | | | | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | 口座名義 | (カタカナで記入) | | | | | | | |

※振込先は申請者本人名義の口座に限ります。

振込先口座の確認書類貼り付け欄

振込口座の通帳の写し

※必ず金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カタカナ）が確認できる部分をコピーして下さい

