

様式第4号（第10項関係）

堺市ファミリー・サポート・センターひとり親家庭支援給付金申請書

年 月 日

堺市長 殿

住所.....

氏名.....

（申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

堺市ファミリー・サポート・センターひとり親家庭支援給付金について支給を受けたいので、堺市ファミリー・サポート・センターひとり親家庭支援事業実施要綱第10項第1号の規程により、下記の通り、申請します。

記

1 利用月 _____ 年 _____ 月分

2 給付金申請額(※1) _____ 円(1か月あたり上限20,000円)

3 上記給付金申請額の内訳

ファミリー・サポート・センター事業 利用日数	日
給付対象費用合計(※2)	円

(※1) 報酬額を1か月分合計した金額の半額（1円未満の端数は切り捨て）

(※2) 報酬額のみ対象です。給付対象費用には、交通費、食事代、おやつ代等の実費負担分及びキャンセル料は含まれません。