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。