

堺市認可外保育施設等多子世帯利用者負担助成金交付請求書

年 月 日

堺 市 長 殿

堺市認可外保育施設等多子世帯利用者負担助成事業実施要綱 6（１）の規定により、関係書類を添えて次のとおり請求します。
なお、この助成金の審査にあたり、次の事項に同意します。

- 1．請求者と認定子どもが、堺市に居住していることを堺市が住民基本台帳で確認すること。
- 2．実際に利用していることを堺市が対象施設に確認すること。
- 3．利用料の支払い状況を堺市が対象施設に確認すること。

請求者 (保護者)	フリガナ			連 絡 先		
	氏名	※				
	住所			父	-	-
				母	-	-
こども	フリガナ		生 年 月 日		年 4 月 1 日時点	
	氏名		年 月 日 生		歳	

※訂正印を使用する場合は、請求者氏名欄に押印が必要です。

< 預かり保育事業を利用した場合 >

施設名称			所在地		
利用年月	施設に支払った金額(A)	利用日数	月額上限額(B)	請求金額 (A)と(B)のうち、少ない方	
年 月	円	日	円	円	
年 月	円	日	円	円	
年 月	円	日	円	円	
年 月	円	日	円	円	
年 月	円	日	円	円	
年 月	円	日	円	円	
請 求 金 額 (合 計)				円	

< 認可外保育施設などを利用した場合 >

施設名称			所在地		
利用年月	施設に支払った月額利用料(C)	月額上限額(D)	請求金額 (C)と(D)のうち、少ない方		
年 月	円	円	円		
年 月	円	円	円		
年 月	円	円	円		
請 求 金 額 (合 計)			円		

< 振込先 >

金融機関名		預金種別	普通 ・ 当座				
銀行・信用金庫	支店・出張所支所	口座番号					
農協・信用組合	支所・営業部	口座名義 (カタカナ)					