

いわで・きのかわ ファミリー・サポート・センターひとり親家庭等利用料補助金申請書

申請日 令和 年 月 日

(あて先) いわで・きのかわ ファミリー・サポート・センター

申請者名		会員番号	I R -
住 所		電話番号	

*内容・金額などご確認の上ご署名ください。

申請理由 (該当の番号に○をしてください)	1.児童扶養手当を受給している。 2.ひとり親家庭等医療を受給している。 3.岩出市・紀の川市と協議の上、必要と認められた。
申請に必要なもの	1. <input type="checkbox"/> 当該申請書 2. <input type="checkbox"/> 活動報告書 3. <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給者証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療受給者証 <input type="checkbox"/> 戸籍のうちいずれか

利用日	利用時間	金額
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
月 日 ()	【 : ~ : 】 時間 分	円
合 計		円
申請金額	利用金額合計 円 × 1/2 = 円 *算出した額に10円未満の端数が生じた場合は、切り捨ててください。	

*振込手数料は支払者負担です。 紀陽銀行からの振り込みです。

振込口座	銀行支店	金融機関コード	店番号	種別	口座番号(右づめで記入)
	ゆうちょ銀行	金融機関コード	記号	普通当座	
	フリガナ	9 9 0 0 1	0 の		
	口座名義人				

<ファミサポ担当記入欄>

申請書受付日	年 月 日		当該補助金額計	円	
申 込 書 内容確認	責任者	担当者	確認資料	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給者証	原本・写し
	月 日	月 日		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療証	
			補助金振込日	年 月 日	
			データ入力	済	
申請方法	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送		備考		

