

大江町安心子育て支援費支給申請書兼同意書

【病児病後児保育利用者用】

大江町長 殿 令和 年 月 日

下記について、確認・同意の上、大江町安心子育て支援費を申請します。

(1) 支給要件の審査に当たり、町が必要な情報を町公簿等で確認を行うことに同意します（町公簿等で確認できない場合は、必要書類を提出します）。

(2) 大江町が下記に記載された受取口座に振込手続き後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請者に連絡・確認ができない場合には町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

○申請者（保護者）

フリガナ 氏 名	住 所	性別	生 年 月 日
		男	大正・昭和・平成
	日中連絡可能な電話番号 ()	女	年 月 日

○利用児童・利用した子育て支援事業 ※支払った利用料がわかる証明（領収書等）を添付してください。

フリガナ 利用児童氏名	生 年 月 日	利用事業	利用した額
	平成・令和	病児病後児保育	
	年 月 日		円
	平成・令和		
	年 月 日		円
	平成・令和		
	年 月 日		円

○支給要件

利用施設名	
利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
利用回数	回

○支援費受取口座（申請者名義の口座を記入）

金融機関名	支店名	口座番号（右詰めで記入）	フリガナ 口座名義人
銀行・金庫 信組・信連 農協・漁協 信漁協連	本・支店 本・支所 出張所		

※ 町担当者確認欄 ※

確認事項	☐ 本人確認	☐ 支給要件の確認	☐ 利用料の証明書類（領収書等）
支給の可否	可 ・ 否（理由： ）		