

大江町安心子育て支援費支給申請書兼同意書

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 ・ 連絡先	性別	生 年 月 日
	日中連絡可能な電話番号 ()	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日

○支給要件 ☒を入れてください

対 象	区 分 （町公簿で確認ができない場合の必要書類）		
☐ ひとり親等	☐ 児童扶養手当受給者（児童扶養手当証書 等）		
	☐ 児童扶養手当受給資格者（遺族（障害）年金証書、世帯員名簿 等）		
	☐ 就学援助の要保護・準要保護認定を受けている。（教育委員会の認定通知書の写し 等）		
	☐ その他（支援を必要とする旨の申立書（任意））		
☐ 町開催の事業名	参加時間	:	～ :
☐ 住所	大江町に住所を有し、居住している。		

○利用児童

フリガナ 利用児童氏名	生 年 月 日	フリガナ 利用児童氏名	生 年 月 日
	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日

○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。

事 業 ☒ を入れてください	利用期間・利用日・利用時間・回数等 適宜記入してください	利 用 料
☐ ファミリーサポートセンター ☐ 一時預かり ☐ 一時預かり（慣らし保育） ☐ 子育て世帯訪問支援 ☐ 子育て短期支援（トワイライト） ☐ 子育て短期支援（ショートステイ） ☐ 病児病後児保育※ (施設名:)	利用時間 : ~ : まで 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ※ 利用回数 回	円

※病児病後児保育は利用回数を記入してください。

○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 ☐ マイナンバー確認 ☐ その他 () 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: ）