申請日　　年　　月　　日

（宛先）加西市長

加西市保育料軽減事業における補助金交付申請書

加西市保育料軽減事業における補助金の交付を受けたいので、加西市保育料軽減事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
なお、審査にあたり、次の事項に同意します。

1．　申請者と認定子どもが、加西市内に居住していることを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加西市が対象施設に確認すること。
3．　利用料の支払い状況を加西市が対象施設に確認すること。
4．　他の補助金等の受給状況について、加西市が関係機関に確認すること。
5．　課税状況を加西市が確認すること。

1．申請者（保護者）

フリガナ		交付対象子どもとの続柄		生年月日	年　　月　　日
氏　　名				現住所	TEL：

2．交付対象子ども(対象子どもごとに申請して下さい)

フ リ ガ ナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			

3．在籍する施設

フリガナ		請求期間内の入退園	
施設名		□　在籍中	□ 途中入退園がある
			在籍期間　　月　　日 ～　　月　　日
利用料※1	□ 月額　　円　□ 日額　　円　□ 時間額　　円		

※1 利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入して下さい。

4．保育料軽減事業補助金の交付対象となる費用と徴収月

利用年月日	(a) 保育料	(b) 月額上限額	(c) 補助基準額 (aとbの小さい方)	(d) 他の補助金等 受給額	交付申請額 (C) －(d)
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
年　月	円	円	円	円	円
合　計					円

※（b）月額上限額は、42,000円になります。