申請日　　　　年　　月　　日

**海老名市幼児を対象とした多様な集団活動事業の利用支援事業支給申請書**

（宛先）海老名市長

|  |
| --- |
| 【申請にあたって同意していただく事項】１．決定にあたって必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿の類、徴収金台帳等を海老名市が閲覧及び調査すること。２．申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために海老名市が利用すること。３．要綱に規定する内容を遵守すること。以上のことに同意し、以下のとおり申請します。 |

**１．申請者について記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 申請幼児との続柄 | １父　　２母３その他（　　　）注）該当番号を〇で囲い、その他の場合は( )内も記載して下さい。 | 現住所 | 〒　　　－ |
| 氏名 |  |
| 連絡先 ※1(電話番号) |  | □父携帯　　□母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） |
|  | □父携帯　　□母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） |

※1 連絡先（電話番号）欄は、確実に連絡がとれる順に記入してください。

**２．申請幼児について記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請幼児※２ | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 現住所申請者と異なる場合のみ記載 | 　〒　　　－ |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |

※２　対象となる幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

**３．利用した施設等を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 所在地 | 　〒　　　－電話： |
| 施設・事業名 |  |
| 契約している利用料※3 | 　□月額　　　　　　円　　　□日額　　　　　円　　　　□時間額　　　　　円 |

※３　該当箇所にレを記入し金額を記入して下さい。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(10円未満端数切捨て)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．支給申請額を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請額 | 　　　**金　　　　　　　　　　　　　円**（　　年　　月～　　年　　月分） |
| 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額基準額(b)　※6 | 請求額(aとbを比較して小さい方(c) | 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額基準額(b)　※6 | 請求額(aとbを比較して小さい方(c) | 支給申請額左記cの合計 |
| ４月 |  |  |  | 10月 |  |  |  | 円 |
| ５月 |  |  |  | 11月 |  |  |  |
| ６月 |  |  |  | 12月 |  |  |  |
| ７月 |  |  |  | １月 |  |  |  |
| ８月 |  |  |  | ２月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  | ３月 |  |  |  |

※４　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（領収証等）を添付してください。

※５　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（10円未満端数切捨て）して下さい。

※６　月額基準額は、海老名市からの支給申請依頼で記載があった額を記載してください。

**５．給付金の振込先を記入してください。（※７）　振込先のわかるもの（通帳のコピーなど）を添付してください**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関番号 |  |  |  |  | 金融機関名 | 　銀行・信用金庫・農協・信用組合 |
| 支店番号 |  |  |  | 支店名 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種目 | □普通　　　　□当座 |
| 口座名義(ｶﾀｶﾅ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※７　請求者と口座名義が異なる振込先（対象施設等は不可。）を指定する場合は、必ず下記に署名してください。

|  |
| --- |
| 　私（請求者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。　　請求者氏名 |

申請日令和４年年１１月１日

記載例

**海老名市幼児を対象とした多様な集団活動事業の利用支援事業支給申請書**

（宛先）海老名市長

|  |
| --- |
| 【申請にあたって同意していただく事項】１．決定にあたって必要な範囲内で、申請者の幼児が通園する施設等が有する学齢簿の類、徴収金台帳等を海老名市が閲覧及び調査すること。２．申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために海老名市が利用すること。３．要綱に規定する内容を遵守すること。以上のことに同意し、以下のとおり申請します。 |

**１．申請者について記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | エビナ　サツキ | 申請幼児との続柄 | １父　　２母３その他（　　　）注）該当番号を〇で囲い、その他の場合は( )内も記載して下さい。 | 現住所 | 〒２４３－０４２２海老名市中新田３７７ |
| 氏名 | 海老名　さつき |
| 連絡先 ※1(電話番号) | 090-1234-5678 | ☑父携帯　　□母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） |
| 080-1234-5678 | □父携帯　　☑母携帯　　□自宅　　□その他（　　　　　） |

※1 連絡先（電話番号）欄は、確実に連絡がとれる順に記入してください。

**２．申請幼児について記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請幼児※２ | ﾌﾘｶﾞﾅ | エビナ　イズミ | 現住所申請者と異なる場合のみ記載 | 　〒　　　－ |
| 氏名 | 海老名　いずみ |
| 生年月日 | 平成30年11月１日 |

※２　対象となる幼児が複数いる場合は、幼児ごとに作成してください。

**３．利用した施設等を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | アリマヨウチエン | 所在地 | 　〒２４３－０４９２海老名市勝瀬１７５番地の１電話：０４６－２３１－２１１１ |
| 施設・事業名 | 有馬幼稚園 |
| 契約している利用料※3 | 　☑月額　３０，０００円　　　□日額　　　　　円　　　　□時間額　　　　　円 |

※３　該当箇所にレを記入し金額を記入して下さい。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(10円未満端数切捨て)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．支給申請額を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請額 | 　　　**金　　１２０，０００　円**（　令和４年４月～令和４年　９月分） |
| 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額基準額(b)　※6 | 請求額(aとbを比較して小さい方(c) | 対象月 | 対象施設等に支払った月額利用料(a)※4　※5 | 月額基準額(b)　※6 | 請求額(aとbを比較して小さい方(c) | 支給申請額左記cの合計 |
| ４月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | 10月 |  |  |  | 12,000円 |
| ５月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | 11月 |  |  |  |
| ６月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | 12月 |  |  |  |
| ７月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | １月 |  |  |  |
| ８月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | ２月 |  |  |  |
| ９月 | 30,000 | 20,000 | 20,000 | ３月 |  |  |  |

※４　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（領収証等）を添付してください。

※５　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（10円未満端数切捨て）して下さい。

※６　月額基準額は、海老名市からの支給申請依頼で記載があった額を記載してください。

**５．給付金の振込先を記入してください。（※７）　振込先のわかるもの（通帳のコピーなど）を添付してください**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | 金融機関名 | 海老名　　　　　　　　　銀行・信用金庫・農協・信用組合 |
| 支店番号 | ０ | ０ | ０ | 支店名 | 有馬 |
| 口座番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | 預金種目 | ☑普通　　　　□当座 |
| 口座名義(ｶﾀｶﾅ) | エ | ビ | ナ　 | 　 | サ | ツ | キ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※７　請求者と口座名義が異なる振込先（対象施設等は不可。）を指定する場合は、必ず下記に署名してください。

|  |
| --- |
| 　私（請求者）は、上記口座名義人に給付金の受取を委任します。　　請求者氏名 |