

海老名市一時預かり利用者負担軽減事業給付申請書

海老名市長 殿

【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、同居者の税務情報、住民票、生活保護受給者帳、預け先が有する学齢簿、徴収金台帳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 申請書等に記載した内容や給付決定に関する情報を、必要な範囲で利用施設に提供すること。

4 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、海老名市一時預かり利用者負担軽減事業に係る給付実施要綱第6条に基づき、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	ふりがな			児童との続柄	1 父 2 母 3 その他 ( )	
	氏名				(注) 該当番号を○で囲い、その他の場合は( )内も記載してください。	
	連絡先電話番号	①	<input type="checkbox"/> 父携帯	<input type="checkbox"/> 母携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他 ( )
		②	<input type="checkbox"/> 父携帯	<input type="checkbox"/> 母携帯	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他 ( )
現住所	〒 -					

2 申請児童について記入してください。

申請児童	ふりがな			生年月日	平成	年	月	日
	氏名				令和			
	現住所	〒 -						

3 同居者を全員記入してください（申請に係る児童は除きます。）。

		ふりがな	児童との続柄	生年月日		
		氏名		年	月	日
申請児童の保護者及び同居者	①		父	年	月	日
	②		母	年	月	日
	③			年	月	日
	④			年	月	日
	⑤			年	月	日
	⑥			年	月	日
	⑦			年	月	日
	⑧			年	月	日

4 給付金の振込先を記入してください。

※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。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所		
	金融機関コード			支店コード		
預金種目	1 普通			2 当座		
口座番号						
口座名義人						

(注) 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、必ず以下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

5 一時預かり等の利用状況

利用年月日	(A)利用者費用	利用した施設名	利用年月日	(A)利用者費用	利用した施設名
年 月 日	円		年 月 日	円	
年 月 日	円		年 月 日	円	
年 月 日	円		年 月 日	円	
年 月 日	円		年 月 日	円	
年 月 日	円		年 月 日	円	
年 月 日	円		年 月 日	円	
利用者費用 合計額	円 (A)の合計額				

6 該当区分

該当する区分に○を付けてください。

区分	内 容	給付上限額 対象児童1人当り	備 考
1	生活保護を受給している世帯	日額 3,000円	月単位または、年度単位でまとめて申請するようご協力ください。
2	住民税非課税世帯	日額 2,400円	
3	年収360万円未満の世帯	日額 2,100円	
4	その他の世帯 (特に支援が必要な世帯)	日額 1,500円	

7 必要書類の確認

次の書類がそろっているかご確認ください。

1	一時預かり利用料の領収書
2	振込先のわかるもの（通帳のコピーなど）

市記載欄（以下の欄は、記入する必要はありません。）

利用区分	給付回数	給付済額	審査日	審査結果	給付決定額	却下の理由
R	年 月 日	可 / 却下		円		