

(表面)

令和 年 月 日

日出町認可外保育施設にこにこ保育支援事業補助金交付申請書

日出町長 本田 博文 様

(申請者)

住所：日出町

氏名：

電話：

認可外保育施設に入所している児童について、以下のとおり補助金の交付を申請いたします。

対象児童	氏名			
	生年月日	年	月	日生 (戸籍上第 子)
	保育料月額	円		
	入所期間	年	月	日～ 年 月 日 (退所予定)
同一世帯に 属する者	氏名 (児童との続柄)	生年月日	勤務先・学校・状況等	
	()	年 月 日		
	()	年 月 日		
	()	年 月 日		
	()	年 月 日		
	()	年 月 日		
保育要件	※父母の状況について、該当する番号を○で囲んでください。 1 就労 2 出産 3 傷病 4 障がい 5 学業 6 その他 ()			
添付書類	(全員が提出するもの) 戸籍謄本 ※対象児童が第2子以降であることが分かる範囲 (保育要件に応じて提出するもの) ※該当する番号を○で囲んでください。 1 就労証明書 2 母子手帳 3 診断書等 4 障害者手帳等 5 在学証明書 6 その他 ()			

(収納情報、世帯情報の提供に係る同意について)

当該補助金交付申請の審査のために、日出町が次の情報を閲覧することを承諾します。

- 1 申請者及び申請者の配偶者の町税の収納情報
- 2 申請者及び申請者の配偶者の住民基本台帳の情報 (住所・性別・生年月日・続柄等)

申請者 (父) 氏名： _____ (母) 氏名： _____

(裏面)

(認可外保育施設 証明欄)

本書裏面の対象児童は、当施設に入所しており、本書に記載された保育料月額及び入所期間等の事項について、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

認可外 保育施設	住 所	
	施 設 名	
	設 置 者 氏 名	
	電 話 番 号	