

様式第3号（第9関係）

金ケ崎町在宅子育て応援金支給額改定等申請書

年 月 日

金ケ崎町長 様

金ケ崎町在宅子育て応援金支給要綱第9の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (支給対象者)	フリガナ			電話番号	
	氏名	Ⓜ			
	住所			生年月日	. .
対象乳幼児	氏名	生年月日	認定状況		摘要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 新規		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 新規		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 新規		

(該当する□にチェックしてください。)

変更事由発生年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 増額事由	<input type="checkbox"/> 支給対象となる年齢に到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保育施設等の退所 <input type="checkbox"/> その他 理由 ()
<input type="checkbox"/> 減額事由 <input type="checkbox"/> 消滅	<input type="checkbox"/> 支給対象外となる年齢に到達 <input type="checkbox"/> 金ケ崎町内に住所を有しなくなった <input type="checkbox"/> 保育施設等の入所 <input type="checkbox"/> その他 理由 ()

- ①金ケ崎町在宅子育て応援金の支給に関し、申請内容審査のため町が公簿等を調査すること及び関係官署に問い合わせ並びに調査結果により支給額を決定することに同意します。
- ②公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。 署名 _____