

様式第1号（第6関係）

金ケ崎町在宅子育て応援金支給申請書

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6の規定により、金ケ崎町在宅子育て応援金の支給を申請します。

1. 申請者（該当する□にチェックしてください。）

申請者 (支給 対象者)	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 前年度から引き続き申請		
	フリガナ		続柄	生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> (児童手当等の受給者ではない保護者)	父・母 ( )	年 月 日
	住所		電話番号	- -

支給対象者となる要件の確認

①保育施設等を利用していない対象乳幼児を在宅で子育てしています。

②町内に住所を有し、対象乳幼児と同居しています。

③生活保護を受けていません。

④金ケ崎町暴力団排除条例（平成24年金ケ崎町条例第20号）第2条に規定する暴力団及び暴力団員等と密接な関係を有する者ではありません。

2. 対象乳幼児

対象乳幼児（申請者と同一住所）				
フリガナ 対象乳幼児の氏名	年齢	生年月日	在宅子育ての期間	支給対象者となる 要件該当事由
		年 月 日	年 月から 年 月まで 4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月	<input type="checkbox"/> 年齢到達
		年 月 日	年 月から 年 月まで 4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月	<input type="checkbox"/> 転入
		年 月 日	年 月から 年 月まで 4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月	<input type="checkbox"/> 保育所等退所
		年 月 日	年 月から 年 月まで 4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月	<input type="checkbox"/> その他 ( )

3. 応援金の受取方法

児童手当等と同じ振込口座（金ケ崎町からの受給者のみ）

指定の金融機関口座（児童手当等受給者ではない方が申請者の場合は、通帳等の写しを添付）

金融機関名		支店名		種別	普通・当座
口座番号		口座名義（申請者名義）			

- 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 \_\_\_\_\_