

第6号様式（第10条関係）

上越市ファミリーサポートセンター報酬額助成申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住所 上越市  
(依頼会員) 氏名  
電話

次のとおり上越市ファミリーサポートセンター報酬額の助成を申請します。

助成対象月	年 月 利用分			
申請理由 (該当の番号に○ をしてください)	1 生活保護を受給している。(全額助成) 2 市町村民税の非課税世帯である。(一部助成) 3 児童扶養手当受給世帯である。(一部助成)			
申請額等	児童名	1 時間当たりの報酬額 (A)	総利用時間 (B)	助成額
				1 全額助成 (A×B)
				2 一部助成 (B×500円) ※ただし、2人目 以降はB×250円
	助成額合計			
				円
※報酬額の内訳は別添「相互援助活動の報告」のとおりに				
振込先	銀行 信用金庫 組合		支店・支所名	
			預金種目	普通 ・ 当座
	口座番号			
	フリガナ 口座名義			
※上記の口座は、当該年度における新規申請又は振込先を変更する場合に記入してください。 ※口座の名義は、申請者の名義に限ります。				

備考

- (1) ミルク、おやつ等の食費、おむつ代等の消耗品費及びキャンセル料を除く。
- (2) 援助を受けた日の属する月の翌月末日までに提出すること。
- (3) 「相互援助活動の報告」の写しを必ず添付すること。

助成金の申請に当たり、  
課職員が私の世帯にかかる課税状況、対象となる児童の保育にかかる給付認定、生活保護及び児童扶養手当の受給状況を確認することに同意します。

申請者氏名 (依頼会員)