

鎌倉市在宅子育て家庭支援事業利用料助成申請書

(あて先) 鎌倉市長

鎌倉市在宅子育て家庭支援事業利用料助成の資格確認のため、公簿等で確認することに同意します。

年 月 日

申請者 (会員の方)

氏名 生年月日 年 月 日

〒 電話 (.....)

住所 ※緊急時に使用しますので必ずご記入ください。

.....

利用事業者名 (該当する方に✓を記入してください) (子育て支援事業者の場合は事業者名を記入してください)		<input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター <input type="checkbox"/> 子育て支援事業者 (事業者名:)	
助成対象期間内にファミリーサポートセンターと 子育て支援事業者を両方利用した		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
助成対象期間内に市内に住所を有している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
申請額		円	
助成要件 ※次のいずれかに✓を記入してください	<input type="checkbox"/> 妊娠中	出産(予定)日	年 月 日 母子健康手帳番号
	<input type="checkbox"/> 在宅 (保育園、幼稚園等に通園していない) で就学前の子どもを養育 ※対象となる子どもが2名以上いても1名分のみ記入してください。		フリガナ 在宅の子どもの氏名 生年月日 年 月 日 生
	<input type="checkbox"/> 申請者又は同一世帯の家族が病気 ※医師の診断書が必要です。 ※状況を具体的に記入してください。 ※小学生までの子育てをしている家庭が要件になりますので、子どもの氏名・生年月日を記入してください。		状 況 (具体的に) フリガナ 子どもの氏名 生年月日 年 月 日 生
	世帯の区分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※生活保護を受けている場合のみ✓を記入してください。
振込口座	振込先金融機関	金融機関コード	支店コード
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ※✓をしてください。	
口座名義カナ氏名	申請者と同一名義 口座番号		

添付書類	【必須】 <input type="checkbox"/> 申請者名義の預金口座が確認できる書類の写し 【利用事業者がファミリーサポートセンターの場合】 <input type="checkbox"/> 活動報告書 (依頼会員及び支援会員の押印があるものに限る。) 【利用事業者が子育て支援事業者の場合】 <input type="checkbox"/> 子育て支援事業者が発行した利用報告書 (利用者氏名、利用日時、利用時間、利用に対する報酬金額、利用内容及び利用対象児童氏名を記載したものに限る) 又は請求書 <input type="checkbox"/> 領収済証明書又は領収証 【助成要件が申請者又は同一世帯の家族が病気の場合】 <input type="checkbox"/> 申請日から1年以内に発行された医師の診断書等病状が確認できる書類の写し 【助成対象期間内に市内に住所を有していない場合】 <input type="checkbox"/> 市内に住所を有していることが分かる書類 (賃貸借契約書、光熱水費の領収書等の写し)
------	--