

【記載例】

西郷村認可外保育施設利用者負担軽減補助金交付申請書

令和 6 年 〇 月 〇 日

西郷村長 高橋 廣志 様

申請者	住 所	西郷村大字熊倉字折口原40
	氏 名	西郷 太郎 印
	電 話 番 号	0248-25-1111

西郷村認可外保育施設利用者負担軽減補助金交付要綱第5条に基づき申請及び請求します。
なお、下記事項について同意いたします。

1. 本申請の審査に際して、申請者への必要に応じた書類の提出に関すること。
2. 本申請の審査に際して、申請者の住民記録等、村で保有する公簿等の確認に関すること。
3. 認可保育所等の入所申込に係る書類の確認に関すること。
4. 児童の在籍に関する利用施設への確認に関すること。

児 童 氏 名	西郷 二郎	生 年 月 日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
住 所	〒 961 - 8091 西郷村大字熊倉字折口原40		
認 可 外 保 育 施 設 名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

交 付 申 請 額 ⑤ (※記入不要)	金 円
------------------------	-----

利 用 月	利 用 料 金 ①	仮 算 定 保 育 料 ② (※記入不要)	補 助 額 ③ (②-①) (※記入不要)	補 助 額 合 計 ④ (※記入不要)
令和 6 年 〇 月	45,000 円	円	円	
令和 6 年 〇 月	45,000 円	円	円	
令和 6 年 〇 月	45,000 円	円	円	
令和 6 年 〇 月	45,000 円	円	円	

※認可外保育施設利用料の納入を証する書類（領収書等）を添付して下さい。
※施設等利用給付（無償化）認定がある場合は、給付費を差引いた額を利用料金として下さい。
※上記太枠内のみ記入し、②③④⑤の欄については記入しないで下さい（仮算定保育料を算定した後に、福祉課にて記入いたします）。