

（宛先）大台町長

申請者 住所
氏名
電話番号

大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金交付申請書兼実績報告書

大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金の交付を受けたいので、大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金交付要綱第7条の規定により下記のとおり申請します。

記

1 世帯状況

氏名	生年月日	氏名	生年月日
(続柄：本人)	年 月 日	(続柄：)	年 月 日
(続柄：)	年 月 日	(続柄：)	年 月 日
(続柄：)	年 月 日	(続柄：)	年 月 日

2 補助金申請額： 円

3 事業の利用内容：別紙援助活動記録票のとおり

4 補助区分

- ひとり親世帯（事実婚の有・無について 有り 無し。）
- 低所得世帯（生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯）
- 障がい児（者）世帯（障がいの状況：)
- 多子世帯 多胎児世帯 産後ケア世帯
- ダブルケア世帯（生活介護を必要とした対象者の状況は下記のとおり）

氏名	生年月日	住所
(続柄：)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居・同一敷地内 <input type="checkbox"/> 左記以外
障がい・介護認定等の 状況・生活介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 施設入所	

備考

- ・申請時は、援助活動記録票を添付してください。
- ・この申請は、大台町ファミリーサポートセンター等を利用した日から1年以内に行ってください。
- ・補助金申請額は、利用料金合計に補助率5割を掛けて、算定してください。
- ・生活介護とは、調理、買物、洗濯、見守り、安否確認、外出支援、社会参加支援活動、日常的な困りごと支援、身体介護等をいう。

（宛先）大台町長

同 意 書

大台町が大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金交付要綱に基づく審査・交付決定に限り、必要とする住民基本台帳・課税台帳、生活保護受給状況、疾病や障がい等の状況、介護保険法介護認定等の情報を取得することに同意します。

氏 名	生年月日	住 所	個人番号
⑩ (申請者)	年 日 月		
⑩ 申請者との続柄 ()	年 日 月	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
⑩ 申請者との続柄 ()	年 日 月	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
⑩ 申請者との続柄 ()	年 日 月	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
⑩ 申請者との続柄 ()	年 日 月	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	
⑩ 申請者との続柄 ()	年 日 月	<input type="checkbox"/> 申請者と同居	

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に証明する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない

（宛先）大台町長

請求者 住所
氏名
電話番号

大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金請求書

大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金として、大台町ファミリーサポートセンター等利用支援補助金交付要綱第9条第1項の規定により下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・労働金庫
		本店・支店・出張所
	預金種別	普通 当座 その他（ ）
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	