

記入例

令和 〇年 〇月 〇日

茅野市ファミリー・サポート・センター事業利用補助金
交付申請書兼実績報告書

(宛先)茅野市長

申請者 住所 茅野市〇〇123-45
氏名 茅野 花子
電話 090-1234-5678

茅野市ファミリー・サポート・センター相互援助活動補助金の交付を受けたいので申請します。

なお、申請に当たり、私の世帯に関する生活保護費、児童扶養手当および茅野市福祉医療費の支給状況ならびに市税の課税および納付の状況を確認することに同意します。

申請金額は、端数処理等の調整後の
金額を記入してください

申請金額 4,720 円

利用年月日	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日(計 〇日)					
利用事業名	茅野市ファミリー・サポート・センター事業					
対象経費	利用日	援助を行った 会員氏名	援助を受けた 内容	1時間当たり の謝礼額	利用時間	謝礼額
	10 日	永明梅子	送迎	800円 900円	1H	800 円
	18 日	宮川春子	預り	800 円 900円	5.5H	4,950 円
	24 日	宮川春子	預り	800円 900円	3.5H 1H	2,800 円 900 円
	日			800円 900円		
	日			800円 900円		
	合 計					
申請金額の 算出	合計額 9,450 円×1/2= 4,725 円 (※調整後 4,720 円) ※算出した額に 10 円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください ※申請金額の限度額は月額1万円です					
申請理由 (該当の番号 に○をしてくだ さい)	1 児童扶養手当を受給している。 2 茅野市福祉医療費給付金条例第2条第2号から第4号までに 該当する。 3 市民税の非課税世帯である。					

※添付書類 援助活動記録簿兼領収書の写し