

大町町在宅保育支援金請求書

大町町長 様

住所

氏名

大町町在宅保育支援事業実施要綱の規定による支援金を請求します。

1.対象児童

	(フリガナ)	生年月日	年齢	在宅保育 期間月数 ①	支援金 月額単価 ②	計 (①×②)
	氏 名					
1		年 月 日	歳	年 月から 年 月まで 月	5,000円	,000円
2		年 月 日	歳	年 月から 年 月まで 月	5,000円	,000円
3		年 月 日	歳	年 月から 年 月まで 月	5,000円	,000円
4		年 月 日	歳	年 月から 年 月まで 月	5,000円	,000円
					合計 (A)	,000円

2.請求額

請求金額 【(A)の金額】	,000円
------------------	-------

3.受取口座

↓どちらかにチェックをしてください。

- ☐ 大町町からの児童手当受取口座への振込を希望します。（添付書類不要）
- ☐ 下記口座への振込を希望します。（口座情報がわかる物（通帳等）の写しを添付してください。）

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(フリガナのみ)
銀行 農協 金庫 漁協 信組 信漁連 信連	本店・支店 本所・支所 出張所	普通 当座		

役場記入欄

請求額認定確認		振込口座確認	
---------	--	--------	--

