

(表)

別記様式 (第8条関係)

年 月 日

瑞穂町長 あて

(申請者)

住 所 瑞穂町

氏 名

電話番号 — —

令和4年度瑞穂町在宅養育児童保護者負担軽減臨時支援給付金
給付申請書兼請求書

令和4年度瑞穂町在宅養育児童保護者負担軽減臨時支援給付金給付事業実施要綱
第9条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

住 所 ※住所地在申請者 と異なる場合	瑞穂町		
ふりがな			
児 童 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
申請月数	令和 年 月～令和 年 月分	か月分	
請求金額	円		
支給方法	2回支給 (10月分まで及び3月分まで)	・	一括支給 (3月分まで)

次の事項に同意の上、在宅養育児童保護者負担軽減臨時支援給付金（給付対象者（児童）
1人当たり月額200円）の支給を申請しますので、裏面指定の口座にお支払いください。

(同意事項)

- 1 受給資格及び振込先口座情報の確認に当たり、瑞穂町保有の公簿等で確認が行われる場合があること。
- 2 公簿等で確認できないときは、関係書類の提出を求められ、これに応じること。
- 3 口座の不備等で振込みが完了せず、瑞穂町が令和5年5月31日までに申請者（代理人を含む。）に連絡し、及び確認することができないときは、この申請が取り下げられたものとみなされること。
- 4 申請者が給付に係る児童を養育している者でなく、在宅養育児童保護者負担軽減臨時支援給付金の給付を受けた事実が判明したときは、返還に応じること。

(裏)

振込先口座（養育している方本人名義の口座に限ります。）

口座名義人																			
ゆうちょ銀行	通帳の記号							通帳の番号											
	1				0	—													1
銀行等の口座	銀行・信金・信組 信連・農協・漁協											本店 支店							
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号																

給付対象者（児童）を養育している方が病気、長期不在等の理由で申請できない場合に代理人を選任して委任することができます。
代理申請を御希望の方は、記入前に子育て応援課 子育て支援係にご連絡ください。
受付時間 午前8時30分～午後5時（土・日曜日、祝日を除きます。）
電話番号 （042）557—7624

瑞穂町長 あて

(給付対象者を養育している方)
氏名(自署)

私は、次の者を代理人に定め、瑞穂町在宅養育児童保護者負担軽減臨時支援給付金の申請及び請求を委任します。

(代理申請者)

代理人氏名	
申請者との関係	
住所	〒 —
電話番号	— —
添付書類	代理人の方の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証、健康保険証、年金手帳等）の写しを添付してください。