

年 月 日

大野町長 様

申請者

住所

氏名

(対象児童からみた続柄)

(世帯主)

(電話番号)

おおのファミリー・サポート・センターお試し体験補助事業申請書

おおのファミリー・サポート・センター事業実施要綱第 1 6 条の規定により申請
します。また、内容審査のため、申請者及び世帯全員の住民情報及び町税等の収納
状況を関係機関に照会することに同意します。

申請額 円

ふりがな		生 年 月 日
補助対象児童氏名		年 月 日 (歳)
ふりがな		生 年 月 日
援助対象児童氏名		年 月 日 (歳)
利用日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
振込先 金融機関名	銀行・農協 本・支店 金庫・組合 出張所	
口座種別	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		
(※) 会員番号		

※補助対象児童（満 2 歳に達する日の属する月末まで）と同一世帯の利用会員に限
ります。

※補助対象児童 1 人につき 1 回限り、2, 4 0 0 円を上限とします。

※援助活動報告書（利用会員用）を添付してください。

(※)は記入しないでください