

矢巾町長 様

矢巾町子育て応援在宅育児支援金給付申請書（請求書）

次のとおり、矢巾町子育て応援在宅育児支援金の給付を申請します。

1 申請者および家族の状況

申請者	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 前年度から引き続き申請				
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	児童との続柄	父・母・()
	住所	矢巾町		連絡先	(日中連絡の取れる電話番号)	
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他()	育児休業 給付金	受給していない 受給予定(年 月 日～ 年 月 日)		
	勤務先	(名称)	(電話番号)	(勤務開始日) 年 月 日		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	児童との続柄	父・母・()
	職業	常勤・パート・自営業 無職・その他()	育児休業 給付金	受給していない 受給予定(年 月 日～ 年 月 日)		
	勤務先	(名称)	(電話番号)	(勤務開始日) 年 月 日		
	住所	※申請者と異なる場合				

2 対象児童の状況

児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	出生順位	
	住所	※申請者と異なる場合				
児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	出生順位	
	住所	※申請者と異なる場合				
児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	出生順位	
	住所	※申請者と異なる場合				
児童	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		性別	男・女	出生順位	
	住所	※申請者と異なる場合				

3 支給要件の確認

(該当することを確認し、□に✓を付けてください。)

- 表面「2 対象児童」にかかる児童手当・特例給付（以下「児童手当等」という。）を受給しています。（または、受給要件を満たしています。）
 - ※申請者が児童手当等の受給者ではない場合
 - 児童手当等の受給者は児童と別居しています。
 - ※児童と同居していない場合は、同居している養育者が対象となります。
 - 上記の児童は保育所等を利用せず、在宅で育児しています。
 - ※保育所等とは、保育所、認定こども園、地域型保育施設、認可外保育施設等 になります。
 - 申請者及び申請者の配偶者は、生活保護を受けていません。
 - 申請者及び申請者の配偶者は、暴力団関係者や公序良俗に反する者ではありません。
 - 本申請書の記載内容に虚偽はありません。
 - 本支援金の給付後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や支援金の支給事由に該当しないことが判明した場合には、支援金を返還します。

4 振込口座

金融機関名						支店名					種別	普通・当座	
	金融機関コード						支店コード						
口座番号						名義人カナ							

※ゆうちょ銀行をご利用の場合は、支店番号をご記入ください。

※口座名義人と申請者は同一名義となります。

<添付資料>

- 育児休業給付金（手当金）受給申請状況証明書（様式第2号）
 - ※職場から証明してもらうものです。なお、職業が無職・自営業の方は提出不要です。
- 審査・支払等にかかる同意書（様式第3号）
- 申請者及び申請者の配偶者及び対象児童の健康保険証の写し
- 申請者名義の振込先口座の通帳の写し（口座番号、名義人等が記載してある部分）
- 児童手当等を市町村以外から受給している場合（公務員など）は、児童にかかる児童手当等の受給を証明する書類

(申請者と対象児童の続柄が矢巾町の住民基本台帳で確認できない場合)

- 続柄を確認できる書類（戸籍謄本等）

審査・支払等にかかる同意書

1 矢巾町子育て応援在宅育児支援金にかかる審査及び支給にあたって、担当職員が必要により次の行為を行うことに同意します。

- (1) 申請者及び申請者の配偶者の育児休業給付金等の申請及び受給状況について、納付機関等に照会すること。
- (2) 申請者及び同一世帯者にかかる住民基本台帳、児童手当の受給、保育所等の入所及び生活保護の受給に関する状況等を確認すること。
- (3) 公募等で確認できない場合は、関係書類の提出を依頼すること。
- (4) 申請者及び申請者の配偶者が、暴力団関係者や公序良俗に反する者でないことを調査すること。
- (5) この申請書は、町において給付決定をした後は、給付金の請求書として取り扱うこと。

2 矢巾町子育て応援在宅育児支援金給付申請書（請求書）（様式第1号）の記載事項に変更があった場合は速やかに届け出るとともに、給付要件を満たさなくなった場合は給付の取消等の決定に従います。また、返還金が発生した場合は、給付を受けた矢巾町長の指示に従い、速やかに返還します。

年 月 日

申請者氏名

配偶者氏名

（本人が署名してください。）