

# 《記載例》

様式第1号

補助金交付申請兼実績報告書

☒ 令和〇年4月～令和〇年8月分

☐ 令和〇年9月～令和〇年3月分

〇〇年 9月10日

(宛先) 前橋市長

申請(請求)者 住所 前橋市朝日町3-36-17  
(保護者)

氏名 保 育 花 子 ㊤は不要!

電話 027-220-5706

病児病後児保育施設利用料軽減事業補助金を受けたいので、下記のとおり申請します。  
補助金交付決定にあたり、市が保有する市民税に関する情報を確認することに同意しま  
す。

記

交付金額は利用料額と違うことが  
あるので記入しないでください

1 補助金交付申請額 \_\_\_\_\_ 円 (1,000円×日数)

2 補助金交付の対象となる児童

氏名 保 育 太 郎 \_\_\_\_\_ (平成29年 4月 8日生)

入園している園名 こそだて保育園 \_\_\_\_\_

3 補助対象児童の施設利用年月日

|               |         |
|---------------|---------|
| ① 〇〇 年 5月 10日 | ⑤ 年 月 日 |
| ② 〇〇 年 5月 11日 | ⑥ 年 月 日 |
| ③ 〇〇 年 6月 25日 | ⑦ 年 月 日 |
| ④ 年 月 日       | ⑧ 年 月 日 |

4 添付書類

(1) 請求書

(2) 次のア又はイのうち、いずれかの書類

ア 施設利用料受領証明書

イ 領収書(利用施設、利用児童、利用日及び利用料金額の確認できるもの)

(3) 令和5年1月1日又は令和6年1月1日において、本市に住所が無い場合  
市町村民税が非課税であることがわかるもの(ただし、保育所(園)・認定こども園  
等の入園にあたり、税書類を提出している方は不要)

利用日が8日以上ある場合は、  
右側の空いているスペースに、  
⑨、⑩と追加して記載してください。