

事業者連携型

(ベビーシッター利用支援事業)

請求日 年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区ベビーシッター利用支援事業（事業者連携型）利用者負担軽減補助金

交付申請書兼請求書兼支払金口座振替依頼書

私は、世田谷区ベビーシッター利用支援事業（事業者連携型）利用者負担軽減補助金について、下記の通り請求しますので、指定する償還払いの振込先口座に振り込んで下さい。

なお、申請にあたり、次の事項に同意します。

- ① 世田谷区がベビーシッター事業者に対し利用状況を確認すること。
- ② こども家庭庁が定める「ベビーシッターなどを利用するときの留意点」を必ず確認すること。
- ③ 補助の決定に当たり、関係部署に情報照会を行い、対象児童及び申請者の各種手当の受給状況、対象児童及び申請者の各種手帳の交付状況等を確認すること。
- ④ 虚偽の申告等により補助金の交付を受けた場合、当該補助金の全部又は一部の返還に応じること。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

フリガナ			生年月日	年	月	日
氏名	印	認定子どもとの続柄	現住所	〒	電話：	
※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です						

2. 児童氏名

生年月日	年	月	日	フリガナ	
				氏名	

3. 償還払いの振込先について、□にレ点をつけてください。(※1)

<input type="checkbox"/>	前回と同じ振込先への振込を希望する（初回申請の方は必ず口座を下記に記入してください）		
<input type="checkbox"/>	個別に振込口座を指定する場合は、下記に記入してください		
金融機関番号		金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合
支店番号		支店名	支店・出張所
口座番号		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義(カタカナ)			

※1 申請者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、必ず下記に署名・押印してください。

私（申請者）は、上記口座名義人に補助金の受取を委任します。	印
申請者氏名	

4. 下記世帯に該当する場合は、□にレ点をつけてください。

<input type="checkbox"/>	私（申請者）の属する世帯は、生活保護世帯に該当します。
--------------------------	-----------------------------

お問い合わせ番号		施設コード	
----------	--	-------	--