第１号様式

認可外保育施設通園児補助金交付申請書

船橋市長　あて

申請者（保護者・振込先）　〒

住　　所

（日中連絡のとれる番号）

電話番号

ふ り が な

氏　　名　　印

認可外保育施設通園児補助金の交付について、関係書類を添えて申請します。

１．家族構成及び就労状況　　※保護者、兄弟姉妹のみ記入してください。

	氏　名	続柄	生年月日	
ふりがな 通園児童		本人	H　・　・	勤務先名称
児童の世帯員			S H　・　・	
			S H　・　・	
			S H　・　・	
			S H　・　・	

２．通園の状況

認可外保育施設名							
契約保育日数・時間	週　　日　　時　　分　から　　時　　分まで						
通園月		月の保育契約時間数（以上・未満に○）	負担した保育料	通園月		月の保育契約時間数（以上・未満に○）	負担した保育料
１期	４月	64 時間 以上・未満	円	３期	10 月	64 時間 以上・未満	円
	５月	64 時間 以上・未満	円		11 月	64 時間 以上・未満	円
	６月	64 時間 以上・未満	円		12 月	64 時間 以上・未満	円
２期	７月	64 時間 以上・未満	円	４期	１月	64 時間 以上・未満	円
	８月	64 時間 以上・未満	円		２月	64 時間 以上・未満	円
	９月	64 時間 以上・未満	円		３月	64 時間 以上・未満	円

※今回申請する月についてご記入ください。

※平成２９年度認可外保育施設通園児補助金申請の最終締め切りは、平成３０年（2018 年）４月９日（月）です。

担当課記入欄　（　　）（　　）

申請書	証明書	就労証	請求書	その他	備考	住	
						コ	