

石垣市ファミリーサポートセンター利用料助成金交付申請書

年 月 日

石垣市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

印

石垣市ファミリーサポートセンター利用料助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者氏名		児童扶養手当証書番号又は 母子及び父子家庭等医療費受給者番号	
利用日	年 月 日()	時 間	(: ~ :) 時間
	年 月 日()		(: ~ :) 時間
	年 月 日()		(: ~ :) 時間
	年 月 日()		(: ~ :) 時間
	年 月 日()		(: ~ :) 時間
	年 月 日()		(: ~ :) 時間

助成金申請額 円（報酬の 2 分の 1）

※添付書類：助成金請求書（様式第 2 号）

援助活動の報告（おねがい会員控え）