

様式第1（第6条関係）

稲沢市ファミリー・サポート・センター事業援助活動補助金交付申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

(会員番号 _____)

電話番号 _____

稲沢市ファミリー・サポート・センター事業援助活動補助金交付要綱第6条の規定により、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(年 月分)

援助を受けた依頼会員	援助を行った日（時間数）	補助金申請額
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
氏名 (会員番号)	年 月 日 (時間)	円
補助金申請額合計		円

※ 添付書類 病児（病後児）提供活動記録簿の写し

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。