**〔県町連携事業〕**

様式第１号（第６条関係）

松野町出産世帯応援補助金交付申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

松野町長　　　　　　様

〔申請者〕

　住　　所

氏　　名

電話番号　　　（　　　）

松野町出産世帯応援補助金の交付を受けたいので、以下の全ての内容に誓約・同意の上、関係書類を添えて申請します。

【誓約・同意事項】

※　全ての項目を確認し、□にチェック（✓）の上、申請者氏名を自署してください

□　申請時点において、町税等の滞納はありません。

□　生活保護法に基づく生活保護を受けていません。

□　暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を持つ者には該当しません。

□　補助金申請額等内訳書（様式第１号別紙１又は別紙２）に記載する支給対象児童の出生を要件として、松野町出産世帯応援補助金又は県内他市町における同種の補助金等の交付を申請し、既に交付されたことはありません。

□　購入した物品は、全て「新品」「未使用」のものであり、支給対象児童が居住する住居に設置し、又は支給対象児童の養育のために使用し、本補助金の趣旨に反した使用、返品、譲渡、売却等はしません。

□　この申請書及び関係書類の内容については事実と相違ありません。

□　この補助金の支給要件の該当性等を審査等するため、町長が必要と判断した場合は、住民基本台帳及び町税等の納付状況を確認し、又は申請書類に記載された情報を他の行政機関等に照会し、若しくは提供することに同意します。

□　虚偽の申請その他不正の行為によって交付を受けた補助金について、町から返還の求めがあったときは、遅滞なく返還します。

申請者氏名（自署）

**〔県町連携事業〕**

様式第１号別紙２

補助金申請額等内訳書（令和　年度出産世帯用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ氏名 |  | 支給対象児童出生時の満年齢 |  | 支給対象児童との続柄 |  |
| 申請者の配偶者 | 住所 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ氏名 | ※1 | 支給対象児童出生時の満年齢 |  | 支給対象児童との続柄 |  |
| 支給対象児童 | フリガナ氏名 | ※2 | 生年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 母子手帳発行自治体（　　　　　　　　）　　母子手帳番号（　　　　　　　　　　） |

※１　同居の配偶者、単身赴任等で世帯を別にする配偶者、事実上の配偶者（事実婚の相手）又は支給対象児童の認知者等を記入してください。

※２　支給対象児童のみを記入し、欄が不足する場合は、必要事項を記入した資料を添付してください（様式自由）。

当該補助金は、母子手帳の交付日から支給対象児童の１歳の誕生日が属する年度の末日までに要した育児用品及び家事や育児の負担を軽減する省エネ・時短家電の購入に対する経費を補助するものです。

【上記の事項を確認の上、誓約し、及び承諾する場合は、□に☑を記入してください】

□　上記の事業趣旨を理解し、申請額については、支給対象児童にかかる育児用品及び省エネ・時短家電に活用したものであることを誓約します。

□　上記の支給対象児童について、他自治体で同様の補助等は受けていません。

□　上記内容に虚偽が明らかになった場合は、支給決定を取消しの上、全額を返金します。

○補助金申請額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当項目に✓（複数選択可） | 商　品　名 | 型　番　等 | 購　入　日 | 金　　　額（補助対象額※３を記入） |
| □ 育児用品（消耗品は、出産後に購入したものに限る。） |  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
| □ 時短家電 |  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
| □ 省エネ家電 |  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
|  |  | 令和　年　月　日 | 円 |
| 補助対経費合計（A）**（1,000円未満切捨て）** | 円 |
| 補助限度額（B） | 対象児童出生時の父母の年齢 | 既受領済額（　　　　円） | 円 |
|  | 35歳以下 　 200,000円 |
| 上記以外　 100,000円 |
| 購入確認省略分（C） | 限度額　 100,000円 | 既受領済額（　　　　円） | 円 |
| **補助金申請額****（上記（A）、（B）の少ない方の金額に（C）を加えた額）** | **円** |

※3　クーポン若しくは割引券、値引券又はポイントを使用した場合は、値引き後の金額を記入してください。

※B及びCは既に受領した補助金の額を差し引いた金額を記載してください。

※欄が不足する場合は必要事項を記入した資料を添付してください。（様式自由）

**（裏面も記入してください）**

**〔県町連携事業〕**

**（裏面）**

○振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名※いずれかに○ |  | 本店支店支所 |
| 預金種別※いずれかに○ | 普通・当座 | 口座番号※右詰めで記入 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※　口座に誤りがないか確認するため、必ず通帳の表及び見開き１ページ目等の写しを添付してください。

※　振込先は、申請者又は申請者の配偶者等が名義人の口座とし、申請者本人以外の口座を希望される場合は、下の『委任状』欄を記入してください。

（申請者本人の口座を希望する場合は、記入不要です。）

委任状

松野町から当方に支払われる、松野町出産世帯応援補助金の受領に関する

一切の件は、

 　 　(振込先口座名義人住所)

（振込先口座名義人氏名）

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　へ委任いたします。

　　 令和　　年　　月　　日

　申請者氏名（自署）：

【提出が必要な書類】

※提出前に漏れがないか確認し、□にチェック（✓）してください。

□ 様式第１号及び様式第１号別紙２

□ 支給対象児童及び両親の住所及び続柄並びに支給対象児童の出生日時点の両親の年齢が確認できる場合は住民票等、できない場合は３者の記載のある戸籍謄抄本及び附票

□ 町税等納付状況調査同意書（様式第２号）

□ 領収書の原本（原本により難い事情があると町長が認めたときは、その写し）

□ 母子健康手帳

□ 振込先口座の通帳の表及び見開き１ページ目等の写し

□ 配偶者等が町外に住所を有している場合は、住民票等の生年月日がわかるもの