

実費徴収に係る補足給付費支給申請書

伊丹市長 様

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 決定にあたって必要な範囲内で、市が保有する生活保護情報等の必要な情報を閲覧すること。

2. 申請内容や同意して得た情報を給付費受給資格審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために伊丹市が利用すること。

3. 要綱に規定する内容を遵守すること。

以上のことに同意し、伊丹市実費徴収に係る補足給付費支給要綱第7条に基づき、領収書を添付し以下のとおり申請します。

フリガナ		続柄	住所	伊丹市
申請者氏名 (保護者名)	(※)	父・母 ()	電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。
(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。				

対象の 子ども	フリガナ		備考	
	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
			利用施設名	

実費徴収に係る補足給付費につきましては、市確定額を下記口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・労金・農協		本店・支店 出張所・支所			
預金種別 口座番号	普通					
口座名義人 (カタカナ)	※申請者名義の口座をお願いします					

※預金種別は普通口座に限ります。 ※ゆうちょ銀行は、他金融機関からの振込用口座に限ります。

申請額(令和 年 月～令和 年 月分)

円

※期間中の実際の支払額合計と補助基準額2,700円に在籍月数(最大6ヵ月)を乗じた額を比較して低い方の額

<訂正する場合の注意事項>

訂正箇所に二重線を引き、押印し、空いている箇所に正しい内容を書いてください(修正ペンは使用しない。)

市記入欄

市確定額

円

申請額と異なる理由

実費徴収に係る補足給付費支給申請書

伊丹市長 様

【申請にあたって同意していただく事項】

- 1. 決定にあたって必要な範囲内で、市が
- 2. 申請内容や同意して得た情報を給付に
- 3. 要綱に規定する内容を遵守すること

書き間違えた場合は、間違えた部分に二重線を引いて、印鑑を押し、空いているスペースに正しい内容を書いてください。
※修正ペンや修正テープは使用しない。

フリガナ	イタミ タロウ	続柄	住所	伊丹市 千僧1-1-1-123号
申請者氏名 (保護者名)	伊丹 太郎 (※)	父・母 ()	電話番号	080-1234-5678 (母携帯) ※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。

対象の 子ども	フリガナ	イタミ ハル	備考	
	氏名	伊丹 春	生年月日	平成・令和 年 月 日
			利用施設名	●●保育所

実費徴収に係る補足給付費につきましては、市確定額を下記口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・労金・農協	伊丹	本店・支店 出張所・支所
預金種別 口座番号	普通・当座	0 0 3 4 5 6 7	
口座名義人 (カタカナ)	イタミ タロウ		

※預金種別は普通口座に限ります。

※ゆうちょ銀行は、他

ゆうちょ銀行の場合、通帳を開いた1ページ目に印字してある支店名(漢数字3桁 例)四三八)と口座番号(7桁)を書いてください。

申請額(令和7年10月～令和8年3月分)

16,200

円

市確定額

円

※期間中の実際の支払額合計と補助基準額2,700円に在籍月数(最大)じた額を比較して低い方の額

(計算例) 在籍期間:10～3月(6ヵ月)

(a) 10～3月の支払額合計(例) 20,000円

(b) 給付上限額 2,700円×6ヵ月＝16,200円

(c) 申請額 16,200円(aとbを比較して、低い方の額)

<訂正する場合の注意事項>

訂正箇所に二重線を引き、押印し、空いている箇所に正しい内容を書いてください(修正ペンは使用しない。)