

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>

訂正箇所には二重線を引き、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、伊丹市実費徴収に以下のとおり申請します。

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6年10月～令和7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(最大の)を比較して低い方の額

(計算例) 在籍期間: 4～9月(6ヵ月)

- (a) 4～9月の支払額合計 16,352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。)