**令和６年度歳末たすけあい事業**

**『ひとり親家庭等応援　新入学児童ランドセル購入助成事業』申込書**

令和　　年　　月　　日

播磨町社会福祉協議会　会長　様

　　 　　　住　所　　加古郡播磨町

申込者 　氏　名　　　 　 　　　　　㊞

　　　　　　電　話

新入学児童ランドセル購入助成を受けたく、下記のとおり申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成申請金額 | 円 |

※申請金額の上限は１５，０００円で、ランドセル購入代金の範囲内となります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保  護  者 | 住　所 | 加古郡播磨町 | | | | |
| 氏　名 |  | ℡ | |  | |
| 子  ど  も | 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 振  込  先  口  座 | 金融機関名 | 農協・信金・銀行・信組 | 支店 | | | |
| 口座番号 |  | | 口座の種類 | |  |
|  |  | | | | |
| ※添付書類  チェック | | □児童扶養手当証明書（写し）  □お子さんの生年月日を確認する書類（写し）  □領収証（写し）  □振込口座確認のための通帳（写し） | | | | |

|  |
| --- |
| 社 協 受 付 印 |
|  |