**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 |
|  |