

令和5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

印

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		TEL	
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	
	ふりがな 口座名義			
※添付書類 チェック	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証明書（写し） <input type="checkbox"/> お子さんの生年月日を確認する書類（写し） <input type="checkbox"/> 領収証（写し）			

社 協 受 付 印

社 協 受 付 印