様式第１号（第６条関係）

薩摩川内市通学定期券等購入費補助金交付申請書

年　　月　　日

薩摩川内市長　　　　　様

住　　所

申 請 者（保護者）　氏　　名

電話番号

　薩摩川内市通学定期券等購入費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１　学校名及び学年　　　　　　　　　　　　　　　　　　校　　　　　年

（フリガナ）

２　生　徒　氏　名

３　交付申請額

利用区間　[　　　　　　 　　　　]～[　　　　　　　 　　　]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発行年月日有効期間 | 通用期間 | 1. 購入金額
 | ②交付申請額1. ÷２（100円未満切捨て）
 |
| 年　月　日　　【　箇月分】 | 　年 月 日から年 月 日まで | 　　　　　　　円 | 円 |
| 年　月　日　　【　箇月分】 | 年　月　日から年　月　日まで | 円 | 円 |
| 年　月　日　　【　箇月分】 | 年　月　日から年　月　日まで | 円 | 円 |
| 年　月　日　　【　箇月分】 | 年　月　日から年　月　日まで | 円 | 円 |
| 　　　合計　[　　箇月分] |  | 円 |

本申請に係る受給資格確認のため、私（世帯に属する保護者）の「市税等の滞納がない証明書」及び「住民票」の提出に代えて、確認、照会及び調査することに同意します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署してください。）

※申請者以外の保護者について必要な場合は、自署してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 申請者との続柄 | 生年月日 | 備考 |
|  |  | 年　　月　　日 |  |

※この同意書により確認する個人情報は、上記目的のためにのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。

※日割り計算が必要な場合は下表に記載

（日割り計算用） ア 購入金額　　　 円　イ 購入日数　　日　ウ 対象日数　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発行年月日有効期間 | 通用期間 | ③対象となる購入金額（ア÷イ）×ウ | ④交付申請額③÷２（100円未満切捨て） |
| 年　月　日　　【　箇月分】 | 　年　月　日から　年　月　日まで | 　　　　　円 | 円 |
| 合計[　　　　　箇月分]（②の合計額+④の額、若しくは④の額） | 円 |

４　添付書類　※同意欄に記入の場合、⑴及び⑶について、添付の省略可。

⑴　世帯全員の住民票（年度の初回のみ※変更がある場合を除く）

⑵　購入した定期券等の写し

⑶　市税等の滞納のない証明書（保護者全員）

⑷　その他市長が必要と認める資料