

様式第2号（第5条関係）

補助金申請額等内訳書

○世帯等の状況

区分	(フリガナ)		生年月日	現住所等	
	氏	名			
申請者			年 月 日	〒 ー 日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。 連絡先： ()	
申請者の配偶者等	※1		年 月 日	(申請者の住所と異なる場合は記入) 〒 ー	
対象児童 (1人目)	※2		年 月 日	(窓口を持参する場合は記入不要) 母子健康手帳交付状況等	交付市町村名： 交付番号： 交付日： 年 月 日
対象児童 (2人目)			年 月 日		交付市町村名： 交付番号： 交付日： 年 月 日
対象児童 (3人目)			年 月 日		交付市町村名： 交付番号： 交付日： 年 月 日

※1 同居の配偶者、単身赴任等で世帯を別にする配偶者、事実上の配偶者（事実婚の相手）又は対象児童の認知者等を記入してください。該当者がいない場合は、「なし」と記入してください。

※2 補助対象要件に該当する児童（令和5年4月1日以後に出生し、満1歳に満たない児童）のみを記入し、欄が不足する場合は必要事項を記入した資料を添付してください（様式自由）。

○補助金申請額

申請区分	商品名	型番等	購入日	金額 (補助対象額を記入)
□ 育児用品 *紙おむつは 第1子のみ対象			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			年 月 日	円
			補助対象額合計 (A) (1,000円未満切捨て)	円
			対象児童の人数×50,000円 (B)	円
			補助金申請額 (上記(A)、(B)の少ない方の金額)	円

※ 記載しきれない場合は、個別経費及び合計を記載した別紙明細書（任意様式）を添付してください。