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 | 〒　　－　　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 |  | 　年　月　日 | （申請者の住所と異なる場合は記入）〒　　－ |
| ※１ |
| 対象児童(1人目) |  | 　年　月　日 | (窓口に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 |
| ※２ |
| 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 |
| * 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。
 | 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** |