

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 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
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7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（任意様式）。

○補助金申請明細書

（明細が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。）

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
補助対象額合計 (1,000 円未満切捨て)			(A)	円

○補助金申請額

該当する□に✓を入れてください

□ 対象児童の人数×150,000 円 (B) 子の出生時において、上記申請者及び申請者の配偶者等の双方が 35 歳以下	(B) 円
□ 対象児童の人数×140,000 円 (C) 子の出生時において、上記申請者及び申請者の配偶者等の一方又は双方が 36 歳以上	(C) 円
補助金申請額 (上記(A)、(B)又は(C)の少ない方)	円