

令和 年 月 日

岬町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

岬町結婚新生活支援事業補助金交付申請書

岬町結婚新生活支援事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1. 婚姻届日	令和 年 月 日		
2. 所得 <small>※貸与型奨学金を返済した場合はその金額を控除後</small>	夫	円	
	妻	円	
	合計	円	
3. 事業内訳 <small>※補助申請する項目を記入ください。 ※支払済みの経費に限ります。</small>	住居費 (購入)	契約締結年月日	令和 年 月 日
		契約金額 (A)	円
	住居費 (賃貸)	契約締結年月日	令和 年 月 日
		家賃・共益費 (B)	月額 円
		住居手当 (C)	月額 円
		実質家賃(B-C) (D)	月額 円
		家賃補助申請期間 (E)	令和 年 月から 令和 年 月まで 月分
		家賃負担額 (F)	(D) 円×(E) 月
		敷金・礼金 (G)	円
		仲介手数料 (H)	円
	住居費総額(F+G+H) (I)	円	
	引越費用	引越を行った年月日	令和 年 月 日
		引越費用 (J)	円
リフォーム費	契約締結年月日	令和 年 月 日	
	契約金額 (K)	円	
合計(A+I+J+K) (L)	円		
4. 補助申請額 <small>※(L)と60万円を比較し、低い方を記入 ※1,000円未満の端数は切り捨て</small>	円		
5. 公的制度による補助	<input type="checkbox"/> 私（申請者）及び世帯全員は、岬町以外の他の公的制度による補助を受けていません。		

6. 受講したもの	<input type="checkbox"/> プレコンセプションケアに関する講座 題名 () <input type="checkbox"/> 医療機関への妊娠・出産に係る相談 (医療機関のみでなく、保健師への相談も可) <input type="checkbox"/> 共家事・子育て講座 題名 ()
7. 添付書類	<input type="checkbox"/> 婚姻届受理証明書又は婚姻後の戸籍謄本(戸籍全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 貸与型奨学金の返還額がわかる書類 <input type="checkbox"/> 売買契約書及び領収書の写し <input type="checkbox"/> 工事請負契約書及び領収書の写し <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書及び領収書の写し <input type="checkbox"/> 住宅手当支給証明書(給与所得者全員分) <input type="checkbox"/> 引越費用に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 診療明細(上記で医療機関への相談を選択した場合) <input type="checkbox"/> その他 ()

※補助金は、令和8年4月1日から令和9年3月31日までに支払った経費が対象となります。

岬町長 様

給与等の支払者

所在地

名称

氏名

電話番号

印

住宅手当支給証明書

下記の者の住宅手当支給状況を次のとおり証明します。

記

1. 対象者

住所	
氏名	

2. 住宅手当支給状況

(1) 支給している。

(2) 支給していない。

（ 住宅手当 月額 年 月現在 円 ）

注意事項

- 住宅手当とは、住宅に関して事業主が従業員に対し支給又は負担する全ての手当等の月額です。
- 「2. 住宅手当支給状況」については、(1)、(2)のいずれかに○印をつけてください。
- 住宅手当を支給している場合は、直近の住宅手当月額を記入してください。
- 法人の場合は社印を、個人事業主の場合は代表者印を押印してください。

様式第3号（第5条関係）

同 意 書

岬町結婚新生活支援事業補助金の交付を申請するにあたり、岬町結婚新生活支援事業補助金交付要綱第3条に定める補助対象世帯の資格要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住 所
氏 名
生年月日

配偶者 氏 名
生年月日

※提出いただいた個人情報、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

申請書と住民基本台帳の相違の有無確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
講座または保健師への相談の有無確認欄			
有 ・ 無	(担当確認印)		

様式第4号（第5条関係）

誓 約 書

岬町長 様

申請者 住 所
氏 名

配偶者 氏 名

私は、岬町結婚新生活支援事業補助金の交付申請に当たり、岬町結婚新生活支援事業補助金交付要綱（以下「要綱」という。）第3条に定める補助対象世帯の要件を満たしていることを誓約します。

また、町長が要綱の規定に違反すると認める場合は、岬町結婚新生活支援事業補助金の交付決定の取り消しに同意するとともに、既に交付を受けた岬町結婚新生活支援事業補助金を返還することを誓約します。