

様式第1号（第5条関係）

吉野川市病児・病後児保育広域利用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉野川市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電 話

吉野川市病児・病後児保育広域利用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、審査に伴う住民基本台帳の閲覧及び生活保護受給状況について市が調査を行うことに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用子ども氏名			(満 歳・小学 年生)
在籍保育所等施設名	保育所・こども園等名 () 小学校名 ()・ 家庭保育		
看護できない理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 ()		
利用施設名及び所在地			
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
利用料	円 (食事の提供に係るものの額は除く)		
交付申請額 (請求額)	円 ※利用料から1日あたり2,000円を差し引いた額 ※生活保護受給世帯は利用料全額		
生活保護の適用	有 ・ 無		
振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店
預金種別	当 ・ 普	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【注】病児・病後児保育施設利用に係る利用料が明記された領収書を添付してください。

※市記載欄

助成決定額
円