

桑折町病児・病後児保育利用助成申請書

平成 年 月 日

桑折町長様

住所 桑折町

申請者 保護者氏名

㊞

電話番号

下記のとおり、病児・病後児保育利用助成を受けたいので、桑折町病児・病後児保育利用助成事業規則第4条により請求します。

記

ふりがな 乳幼児氏名			
乳幼児の生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)		
利用内訳  ( ・利用年月日 ・利用額 )	平成 年 月分 ( 日間)  (単位:円)		
	利用日	時間数	単価
			合計額
	利用額合計		①
他の制度の有無	有・無	他の制度からの助成額	② 円
保護者負担額 (月額合計)	①-②		円
利用施設等名			
利用施設等住所 及び電話番号	〒  ☎		

※添付書類：病児・病後児保育利用額の領収書等

◆助成金の振り込み先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	ふりがな 口座名義人
		普通		

