

臼杵市市外病児保育施設利用費助成金交付申請兼請求書

年 月 日

臼杵市長 様

[申 請 者]

住 所
氏 名

印

(署名又は記名押印)

電 話 番 号

次のとおり、臼杵市市外病児保育施設利用費助成金の交付を受けたいので、臼杵市市外病児保育施設利用費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

	(ふ り が な) 氏 名	生年月日
保護者	()	
利用児童	()	年 月 日生 (歳)
申請・請求額	利用期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	利用期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	利用期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	合 計	円
利用費軽減の有無	生活保護世帯に該当	する ・ しない
	市民税非課税世帯に該当	する ・ しない

振込先指定金融機関

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()
		口座番号	
	本店 支店 支所 出張所	ふりがな 口座名義	

(添付書類)

- 1 病児保育施設利用に係る領収書
- 2 生活保護世帯に該当する場合は、生活保護受給者証又は診療依頼証
- 3 市民税非課税世帯に該当する場合は、最新の世帯全員の非課税証明書
- 4 その他市長が必要と認める書類