

別記様式（第6条関係）

## 門川町病児・病後児保育利用料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

門川町長

申請者（保護者等）

住所		
ふりがな		対象児童との続柄
氏名	印	
連絡先TEL		

門川町病児・病後児保育利用料助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請（請求）します。  
なお、当該申請の内容について、町が所有する個人情報を見ることが及び病児・病後児保育利用施設に問い合わせをすることに同意します。

対象者（子ども）

ふりがな		生年月日	園（学校）名
子どもの氏名		年 月 日	
利用施設名			
利用日 及び 利用料	年 月 ( 日分)	円	
	年 月 ( 日分)	円	
	年 月 ( 日分)	円	

ふりがな		生年月日	園（学校）名
子どもの氏名		年 月 日	
利用施設名			
利用日 及び 利用料	年 月 ( 日分)	円	
	年 月 ( 日分)	円	
	年 月 ( 日分)	円	

利用料合計	円
交付申請額（2,000円×日数）	円

振込口座

金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店	フリガナ	
口座番号		普通・当座	口座名義人	

添付書類：病児・病後児保育施設が発行した利用料に係る領収書（原本）

### 町記入欄

助成額

病児病後児保育利用料	2,000 円 × 日 = 円
	円 × 日 = 円
助成決定額	円