様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　 □４月利用分～９月利用分

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（１０月１５日申請期限）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □１０月利用分～３月利用分

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（４月１５日申請期限）

新庄市病児保育事業利用料助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）新庄市長

申請者（保護者）

住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話

　病児保育事業利用料助成金の交付について申請します。

助成金の交付に必要な範囲で新庄市が住民基本台帳の閲覧することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 在籍する保育施設・小学校 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病児保育事業実施施設名 |  |
| 利用期間 |  |
| 利用日数 |  |
| 利用料 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 本・支店名 |  |
| 口 座 種 類 |  |
| 口座名義人 |  |
| 口 座 番 号 |  |

次の書類を添付してください。

1.病児保育事業実施施設が発行した領収書又は利用料受領証明書

2.振込口座の通帳コピー（口座番号、口座名義人が確認できる部分のみ）