

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

伊佐市長 様

申請者 住所
氏名

印

伊佐市病児保育利用料補助金交付申請書兼請求書

伊佐市病児保育利用料補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて、以下のとおり補助金の交付を申請します。交付決定された場合には、請求口座にお振り込みください。なお、申請に当たり、申請内容確認のため、必要な世帯員の住民基本台帳の確認を行うこと及び利用施設等への確認を行うことに同意します。

1 病児保育を利用した児童

(フリガナ) 児童氏名		生年月日	年 月 日生
----------------	--	------	--------

2 利用施設等

病児保育施設名				
施設の所在市町村				
施設の利用料等	利用日		利用料又は1,000円のいずれか少ない額	円
	利用日		利用料又は1,000円のいずれか少ない額	円
	利用日		利用料又は1,000円のいずれか少ない額	円
	合計			円

交付申請額 金 円

添付書類

- 病児保育事業を利用した施設の領収書等の写し
- その他市長が必要と認める書類

<振込口座>

振込 口座	金融機関名		
		銀行・金庫・農協 ()	本店 ・ 支店 出張所・支所
	預金の種類	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	(フリガナ)		
	名義人		

※ 請求者と振込口座名義人は同一としてください。