

福智町病児病後児保育補助金交付申請書

年 月 日

福智町長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

福智町病児病後児保育補助金要綱第4条の規定により、福智町病児病後児保育補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

利用施設名称	
施設利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
施設利用料	円
医師連絡票作成医療機関名称	
作成料（自己負担額）	円
対象児童名	

（添付書類）

- 1 病児病後児保育施設が発行した領収書及び医師連絡票を作成した医療機関が発行した領収書（作成日、作成料、作成医療機関の名称が記載されたもの）の原本又は写し
- 2 その他（ ）

申請する世帯において、町税等の滞納がないことを宣誓します。  
本申請の審査において、関係する機関への調査に同意し、調査に係る福智町公共料金完納証明書を公用請求することを委任します。

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日

福智町長 様

福智町病児病後児保育補助金請求書

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

年 月 日付で交付決定のあった、福智町病児病後児保育補助金について、福智町病児病後児保育補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり補助金の交付を請求します。

記

請求金額	円
------	---

(振込先金融機関)

振込先口座	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人氏名	

※振込先口座がわかる通帳等の写しを添付してください。

※請求金額は、福智町病児病後児保育補助金交付決定通知書の交付決定額を記入してください。