

大野町多子世帯病児・病後児保育利用料無料化事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

大野町長 様

申請者 (保護者)

住 所

氏 名

電話番号

対象児童との続柄

大野町多子世帯病児・病後児保育利用料無料化事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、申請内容の確認のため、町が住民基本台帳法に基づく住民基本台帳情報を閲覧・調査・確認することに同意します。

現に扶養している 児の氏名	生年月日	年齢	利用の有無	病児・病後児保育 利用施設名	利用日	利用料
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円
			有・無			円

※ 利用の有無にかかわらず、保護者が扶養するすべての児童について記入すること

2 申請及び請求額

_____ 円

3 振込先 (※指定できる口座は、申請者名義の口座に限ります)

金融機関名	支店名	分類	口座番号 右詰めで お書きください。	(フリガナ)
				口座名義
銀行 信金 信組 農協	本店 支店 支所 出張所	普通 当座		
金融機関番号	店番号			

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号 (7桁)」 (通帳見開き下部に記載) をご記入ください。

5 添付書類

- 振込先金融機関口座確認書類 (通帳、キャッシュカードのコピー等)
- 病児・病後児保育施設が発行した利用料にかかる領収書 (原本)

(裏面も確認してください。)

(1) 振込先金融機関口座確認書類を添付してください

金融機関名 口座番号 口座名義人（ふりかな）がわかる通帳やキャッシュカードの写し

(2) 病児・病後児保育施設が発行した利用料にかかる領収書（原本）

事務処理欄（※職員確認）

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 児童の年齢・人数確認 | <input type="checkbox"/> 利用料・領収書確認 |
| <input type="checkbox"/> 住民票住所地確認 | <input type="checkbox"/> 振込口座の確認 |