

射水市病児保育利用料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

射水市長 あて

(申請・請求者)

住所 _____

電話 () _____

氏名 _____ 印 _____

射水市病児保育利用料助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり助成を申請します。
また、交付決定された助成金を請求します。

なお、この申請の審査に必要な範囲において、市が所有する個人情報を利用することに同意します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日生
利用施設名			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等世帯		
利用日 及び 利用料	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
助成申請額	円		

<添付書類>

- ・病児保育利用料の領収書（原本）
- ・市町村民税非課税がわかる書類（射水市外で課税の方のみ）【非課税世帯の場合】
- ・児童扶養手当証書又はひとり親家庭等医療費助成受給者資格証の写し【ひとり親家庭の場合】

○助成金の振込口座について、下記に指定する口座を申請します。

口座情報				
銀行等	金融機関名	支店名	預金種目	口座名義人（左ヅメでカタカナ書き）
	金融機関コード	支店コード	口座番号（右ヅメ）	氏名 _____ 印 _____

<添付書類>

- ・指定口座の通帳の写し