

病児保育利用料助成金交付申請書兼請求書

山 県 市 長 様

(申請者) 住所
保護者氏名
利用児童氏名
電話番号

印

山県市病児保育利用料助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり病児保育利用料の助成金を申請します。なお、助成金の決定にあたり、私の世帯に関する生活保護受給状況及び市民税課税状況、住民基本台帳登録状況を閲覧することに同意します。

記

1. 利用施設名
2. 利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで 合計 日間
3. 病児保育利用料支払金額（給食費等を除く） 円
4. 申請理由（該当する理由に○をしてください。）
 - ア 生活保護法による生活保護世帯
 - イ 市町村民税非課税世帯
 - ウ 多子世帯（18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある児童が3人以上の世帯）
5. 添付資料
病児保育を利用した際の領収書
上記申請理由がウの場合は、保険証等3人以上の多子世帯であることがわかるもの

※市町村民税の課税状況が決定するのは、当該年度の7月頃となりますので、4月から6月にご利用の場合は7月以降にこの申請書を提出してください。なお、7月までに提出された場合、助成の決定は7月以降となりますのでご注意ください。
転入の方は、前住所地の課税状況がわかる資料の提出が必要になる場合があります。

6. 振込先
助成が決定したときは、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店 支店 出張所							
口座種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ 口座名義人									

※ゆうちょ銀行は利用できません。