

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

電話番号

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. 利用状況

利用施設名	利用児童氏名	利用期間	利用日数
		年 月 日から 月 日 日まで	日間
		年 月 日から 月 日 日まで	日間
		年 月 日から 月 日 日まで	日間

2. 病児保育利用料支払金額（給食費等を除く。） _____円

※利用児童 1 人につき、1 日 2, 0 0 0 円を上限とする。

3. 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（1 8 歳に達する日以降の最初の 3 月 3 1 日までの間にある児童が 3 人以上の世帯）

4. 添付資料

病児保育を利用した際の領収書

申請理由を証する関係書類（公簿等によって確認できる場合は、当該書類の添付は不要）

※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。

5. 振込先 助成が決定したときは、次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。