

病児保育利用料助成申請書兼請求書

年 月 日

八頭町長 様

申請者(保護者) 住 所

氏 名 印

電話番号

八頭町病児保育事業実施要綱第11条により、助成金を申請します。

なお、利用料を決定するにあたり、町が同一世帯員について世帯状況、生活保護情報等を閲覧することに同意します。

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日	年 月 日生
		男・女		
在園・在学 施設名	保育所・幼稚園 学校			歳
利用施設名				
利 用 日		※八頭町記入欄 (記入しないでください。) 助 成 額		
年 月 日				円
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

<お持ちいただくもの>

- ・病児または病後児保育利用料の領収書
- ・通帳(申請者)
- ・印鑑