

多子世帯病児・病後児保育利用料助成金申請書兼請求書

(あて先) 笠松町長

年 月 日

申請者 住所 笠松町
保護者氏名 印
電話

関係書類を添えて下記のとおり多子世帯病児・病後児保育利用料助成金の支給を申請します。

なお、助成金支給の審査において、申請者及び児童の住民登録情報、町税、その他の町の徴収金の納入状況の調査を受けることを承諾します。(本助成金申請審査での調査結果については、他の目的での利用はいたしません。)

記

1 申請（請求）額 金 円

2 児童の氏名等

児 童 氏 名	生 年 月 日	性 別	利 用 年 月 日
	年 月 日	男 ・ 女	
	年 月 日	男 ・ 女	
	年 月 日	男 ・ 女	
	年 月 日	男 ・ 女	
	年 月 日	男 ・ 女	

※養育している児童（生計が同一である）は、利用の有無にかかわらず全て記入してください。

3 振込先

振 込 先 金 融 機 関 名	銀行・農協・金庫 組合・ゆうちょ銀行	本・支店 出張所
預 金 種 別	普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄	
口 座 番 号	銀行等（7桁）	
	ゆうちょ銀行（記号5桁号8桁）	—
フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人		

4 添付書類

病児・病後児保育利用料領収書等の写し