

川口市訪問型病児・病後児保育利用助成金交付申請書

(申請日) 平成 年 月 日

(あて先) 川口市長

(申請者) 住所

氏名

印 (スタンプ印不可)

電話番号

— —

下記のとおり、訪問型病児・病後児保育サービスの利用に伴い利用料を支払ったので、領収書及び医療機関の受診を確認できる書類等を添付し、助成金交付の申請をします。

なお、申請にあたり、申請内容確認のため、住所等の確認目的として、川口市が保有する住民基本台帳を閲覧することに同意するとともに、必要に応じ利用事業者等へ照会することに同意します。

記

利用児童名		生年月日	年 月 日
利用した事業者の名称			
利用内容	利用日時		利用時間
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	平成 年 月 日	: ~ :	時間 分
	合計		時間 分
利用に要した費用	円・・・① (入会金、年会費、食費、送迎費等を除く)		
助成基本額	1時間あたり 1,000円 × 利用時間 時間 = 円・・・②		
申請額 (①/2、②のいずれか低い額)	円		

【振込み希望口座】

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号
銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	1.普通 2.当座	
		店番号	
フリガナ			
口座名義人 (申請者)			

【担当課処理欄】 ※記入不要

平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 領収書 (枚) <input type="checkbox"/> 明細書 (枚) <input type="checkbox"/> 受診のわかる書類 (枚) <input type="checkbox"/> その他 ()
備考