

様式第 1 号(第 5 条関係)

富士川町病児・病後児保育広域利用料無償化事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

富士川町長

申請者(保護者)

住 所

氏 名

電 話

対象児童との続柄

富士川町病児・病後児保育広域利用料無償化事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請内容の確認のため、町が住民基本台帳法に基づく住民基本台帳情報を閲覧・調査・確認することに同意します。

児童氏名	生年月日	病児・病後児保育 広域利用施設名	利用日	利用料
			～	円
			～	円
			～	円
			～	円
			～	円

交付申請額 円

金融機関名		支店名		種別	口座名義人(カナ記入)
	1銀行 2農協 3信組 4信金		本店 支店	普通 ・ 当座	
					口座番号
金融機関 コード		店番号			

添付書類 病児・病後児保育施設が発行した利用料に係る領収書

振込先口座番号及び口座名義人がわかる通帳またはキャッシュカードの写し