

別記

第1号様式（第5条第1項）

大網白里市病児保育施設利用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大網白里市長 宛

申請者 住所 大網白里市  
(保護者) 氏名 印  
電話番号

大網白里市病児保育施設利用助成金の交付を受けたいので、大網白里市病児保育施設利用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

交付申請額	円 (日額1,000円(実支出額が1,000円に満たない場合は、実支出額)で算出すること。)			
(ふりがな) 対象児童名	-----	男女	生年月日	年 月 日
利用施設				
利用期間	年 月 日 (から 年 月 日まで) 日間			
利用料	_____円			
振込先 金融機関	金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店名	本店・支店 支所・出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	-----
	口座番号		口座名義人	

備考 この申請書には、病児保育施設が発行する領収書その他の支出を証明する書類及び預金通帳、銀行カードその他の口座番号等を確認できるものの写しを添付すること。