

肝付町長 殿

### 病後児保育事業助成金申請書

次のとおり肝付町病後児保育事業の助成金を申請します。

なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報を肝付町および実施施設が利用することについて、承諾します。

申 請 者		対 象 児 童	
氏名		氏名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
住所	肝付町	続柄	
振込先口座	<input type="checkbox"/> 病後児保育事業登録申請書にて登録された口座に振込希望 <input type="checkbox"/> 上記以外の口座に振込希望 ※別途、口座変更届の提出が必要です。		

#### 助成金の申請

利用施設名		利用の理由	
利用年月日	年 月 日 ~	年 月 日まで	日間 ・ 半日
申請額	円 ※助成金は1日につき1,000円が限度額です。		

実 施 施 設 記 載 欄	病 後 児 保 育 事 業 利 用 証 明			
	保育児童氏名		保育児童生年月日	年 月 日
	保育を行った日	年 月 日 ~	年 月 日まで	日間 ・ 半日
	利用者負担金	円 （受領日： 年 月 日）		
	上記のとおり利用者負担金を受領しました。			
			年 月 日	
	実施施設	所在地	名 称	
			氏 名	Ⓜ

※ 処 理 欄	支給限度額	利用者負担額	支給決定額	備 考 欄
		円	円	円