

様式第1号（第5条関係）

鳴門市病児・病後児保育広域利用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

鳴門市長

申請者 住 所

氏 名

印

電 話

鳴門市病児・病後児保育広域利用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、審査に伴う住民基本台帳の閲覧、生活保護・児童扶養手当受給状況、ひとり親医療費認定状況及び課税状況について市が調査を行うことに同意します。

病児・病後児保育施設 利用児童氏名	申請者との続柄		
	生年月日		年 月 日
在籍保育所等施設名			
看護できない理由	1:勤務の都合 2:その他 ( )		
利用施設名及び所在地			
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		
利用者負担額	円 (食事の提供に係るものの額は除く。)		
交付申請額 (請求額)	円		
世帯の状況 (該当する場合にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親医療費助成世帯		
振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店 支店
預金種別	当・普	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【注】・病児・病後児保育施設利用に係る保護者負担額が明記された領収書を添付してください。

・市町村民税非課税世帯に該当し、前年度の初日の属する年の1月1日に鳴門市外に居住していた方については、以前にお住まいの市町村で発行された市町村民税の課税（非課税）状況が分かる証明書を添付してください。

※市記載欄

助成決定額
円