

別記

第1号様式（第6条関係）

長南町病児・病後児保育施設利用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

長南町長 宛

申請者 住所 長南町  
氏名  
電話番号

印

長南町病児・病後児保育施設利用助成金の交付を受けたいので、長南町病児・病後児保育施設利用助成金交付要綱第6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			
(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			
利用料金	円		申請額	円
振込先	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	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			

備考

- 1 交付申請額は、日額2,000円（実支出額が2,000円に満たない場合は、実支出額）で算出すること。
- 2 この申請書には、病児・病後児保育施設が発行する領収書原本及び預金通帳、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。