様式第１号（第４条関係）

長久手市病児・病後児保育助成金交付申請書

年　　月　　日

長久手市長　殿

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり、長久手市病児・病後児保育助成金交付要綱第４条に基づき申請します。

児童氏名（領収書は裏面に添付）			
利用日	児童氏名①	児童氏名②	利用料
月　　日			円
月　　日			円
月　　日			円
月　　日			円
月　　日			円
月　　日			円
		＊市役所記入欄 うち助成金支給額	円

申請理由（該当するものに☑を記入してください）

□市民税非課税世帯　　□ひとり親世帯　　□生活保護受給者世帯

□きょうだい同日利用（２人目以降、無料）

【同意欄】

病児・病後児保育助成金の交付に必要な市民税の課税情報、世帯情報、及び生活保護受給に関する事項について、長久手市が閲覧することについて同意します。

申請者氏名　　㊞

【振込先】※申請者本人の名義の口座に限ります。

振込先 金融機関名	銀行・農協　　店 信用金庫　　支店		普　通　・　当　座
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

※初めて申請する場合は、振込先が確認できる資料（通帳の写し等）を添付してください。