

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 _____ (印)

【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 信用金庫	店 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。

申請期限：利用した日の属する年度の末日まで