

野々市市病児・病後児保育利用料助成申請書

野々市市長 宛

申請者(保護者)
住 所
氏 名 (印)
電話番号 ()

野々市市病児・病後児保育利用料の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

利用者 (児童)	ふりがな		男 女	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	通園施設	保育園・こども園・幼稚園			
	利用施設名		利用日		利用料
	病児・病後児・ファミサポ		年 月 日		円 ※飲食物・延長料金を除く
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	本店 支店 支所 出張所	
	口座番号	普通	フリガナ		
			口座名義		

(同意欄)
病児・病後児保育の利用料の助成に係る審査のため、市長が私の住民記録情報及び住民税課税状況等の必要な個人情報を調査することに同意します。
年 月 日 申請者 氏名 (印)

利用料の領収書を添付してください。申請期限は、利用日から1年以内です。

※これから下の欄は、記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	<input type="checkbox"/> 教育認定子ども <input type="checkbox"/> 幼稚園入園児童 <input type="checkbox"/> 保育認定子ども	利用の確認	他助成の確認