

様式第1号（第5条関係）

多子世帯病児・病後児保育利用料無償化事業補助金申請書

年 月 日

八百津町長 宛

申請者（保護者）

住 所

氏 名

電 話

対象児童との続柄

八百津町多子世帯病児・病後児保育利用料無償化事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請内容の確認のため、町が住民基本台帳法に基づく住民基本台帳情報を閲覧・調査・確認することに同意します。

| 児童氏名 | 生年月日 | 利用の有無 | 病児・病後児保育 利用施設名 | 利用日 | 利用料 |
|------|------|-------|-------------------|-----|-----|
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |
| | | | | | 円 |

交付申請額 円

※利用の有無にかかわらず、保護者が扶養する全ての児童について記入すること。

添付書類 病児・病後児保育施設が発行した利用料に係る領収書