

第1号様式(第5条関係)

年 月 日

大垣市長 様

申請者 氏名 印
住所
電話番号

大垣市病児保育利用支援(医師連絡票発行料無償化)事業補助金交付申請書兼請求書

大垣市病児保育利用支援(医師連絡票発行料無償化)事業補助金交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて申請・請求します。なお、審査に伴い、申請者及び利用児童の住民情報を閲覧することを承諾します。また、口座振替払通知書の送付は必要ありません。

1 申請・請求金額 円

2 発行実績(月に2回以上発行した実績を記入)※5回目の発行まで補助可能

発行年月日	医療機関名	患者氏名	発行金額
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

3 振込先(申請者名義)

金融機関	銀行・金庫・農協	口座名義人(フリガナ)	口座種別	口座番号
	本店・支店・出張所		普通	

※次のいずれにも該当する方のみ申請できます。

- (1) 利用児童及びその保護者が市内に居住していること。
- (2) 月に2回以上医師連絡票を発行されていること。

※上記に該当することを確認できる書類(医師連絡票を発行した際の領収書の写し)を添付してください。

※事務処理欄	<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 医師連絡票を発行した際の領収書の写し
--------	--