

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

大垣市多子世帯等病児保育利用支援事業補助金交付申請書兼請求書

大垣市多子世帯等病児保育利用支援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 利用実績

利用年月日	利用施設名	利用児童氏名	利用年月日	利用施設名	利用児童氏名
年 月 日			年 月 日		
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	

※該当する項目にチェックしてください。

- 生活保護法による被保護世帯
- 市民税非課税世帯(1月から5月までは前年度分、6月以降は当該年度分)
- 3人以上の児童(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)を現に扶養する世帯

※上記のいずれかに該当することを確認できる書類(非課税証明、健康保険証の写しなど)及び病児保育利用料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"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯(大垣市生活保護証明書、その他) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(非課税証明書、その他) <input type="checkbox"/> 多子世帯確認(保険証、その他)
--------	---