

様式第1号（第4条関係）

大任町病児病後児保育補助金交付申請書

年 月 日

大任町長 様

申請者住所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

大任町病児病後児保育補助金交付要綱第4条の規定により、大任町病児病後児保育補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童名	(生年月日 年 月 日)
利用施設名称	
施設利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
施設利用料	円
医師連絡票作成医療機関名	
医師連絡票作成料	円

(添付書類)

- 1 利用施設が発行した領収書及び医師連絡票を作成した医療機関が発行した領収書(作成日、作成料、医療機関の名称が記載されたもの)の原本又は写し
- 2 その他 ()

申請する世帯(住民票に記載されている15歳以上の世帯員)において、町税等の滞納がないことを宣誓し、本申請の審査において、関係する機関への調査に同意します。

氏 名 _____ 印