様式第1号（第5条関係）

御杖村病児・病後児保育利用料助成金交付申請書

年　　月　　日

御 杖 村 長　様

申　請　者　　住　　所　御杖村

（保護者）　　氏　　名

電話番号　　　　―　　　　―

　病児・病後児保育サービスを利用する児童の利用料について、御杖村病児・病後児保育利用料助成金交付要綱第3条及び第4条及び第5条の規定により助成金を申請します。

　なお、住民基本台帳調査及び申請者、利用児童及び世帯員の生活保護受給状況調査及び課税状況調査に同意します。

利用児童（　　　　年　　月中）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 生年月日 | 利用日数 |
|  | 年　　月　　日生 | ～　　（　　　）日間 |
|  | 年　　月　　日生 | ～　　（　　　）日間 |
|  | 年　　月　　日生 | ～　　（　　　）日間 |

(注意事項)

1. 利用料を助成することができる世帯は、利用日現在、次のいずれかに該当する世帯です。
2. 生活保護法による被保護者世帯
3. 市町村民税非課税世帯
4. １．（１）については、被保護者世帯であることの証明書（写し）の添付が必要な場合があります。
5. １．（２）については、世帯全員が非課税である場合に該当します。
6. 1月1日現在の住所が御杖村以外であった場合、その市町村が発行した非課税証明書で世帯全員のもの（本事業に関して対象年度の非課税証明書を提出済みで、世帯員に変動がない場合は省略可。）を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　支店　　 |
| 名義人 | 　 |
| 種別 | 普通　・　当座　・　（その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 銀行口座 | 　 |

※以下は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| * 対象
* 対象外
 | 助成金額　　　　　　円×　　　　　日分＝　　　　　　　　　　　　円 |