

様式第1号（第4条関係）

添田町病児病後児保育補助金交付申請書

年 月 日

添田町長 殿

申請者住所 添田町大字 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

添田町病児病後児保育補助金交付要綱第4条の規定により、添田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。

施設名称	田川市病児病後児保育室「ひまわり」
利用年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
自己負担額	円
医師連絡票 作成医療機関住所及び名称	住所： 名称：
作成料	円
対象児童	氏 名： 生年月日：

(添付書類)

- 1 施設が発行した領収書（作成日等が記載されたもの）の写し
- 2 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、作成医療機関の名称が記載されたもの）の写し
- 3 その他（ \_\_\_\_\_ ）

本申請の審査において、申請者及び同一世帯者の住民基本台帳の閲覧、町税等の滞納状況調査、関係する機関への調査に同意します。

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_