様式第１号（第５条関係）

ひとり親家庭等**病児・病後児保育**利用料助成金交付申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。 | | | | | | | |
| 鹿沼市長　宛 | |  | | | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| ひとり親家庭等病児・病後児保育利用料助成を次のとおり申請し、請求します。  また、市の職員が審査に必要なひとり親家庭医療費受給者情報、児童扶養手当受給情報等を調査することに同意します。 | | | | | | | | |
|  | | | 申 請 者 | 住所 | 鹿沼市 | | | |
| （受給者） |  | | | | |
| 氏名 |  | | | 印 |
| 電話 | －　　　　－ | | | |
| ひとり親世帯医療費受給者番号または児童扶養手当証書番号  　※申請時に証を提示してください。 | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **助成金交付申請内訳** | | | ※利用児童１人につき１枚提出してください。  ※太線に枠内のみ記入してください。  ※領収証の原本を添付してください。明細が別になっている場合は、合わせて添付してください。 | |
| 利用した児童名 |  | |
| 利　用　日 | | 利用施設  （○をつける） | 支払った  利用料（A） | 助成額  (A)×１/２ |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 平成　年　月　日 | | おがわ・茂呂 | 円 | 円 |
| 助　成　額　合　計（児童１人あたり１か月10,000円が上限） | | | | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金振込先 | ※口座振込のみの取り扱いとなります。 | | |  |
| 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 種別 | 普通・当座 | | 口座番号 |  |
| 口座名義 | フリガナ |  | |  |
|  | | | |