

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。
<p>鹿沼市長 宛 <span style="float:right">令和 年 月 日</span></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align:center">申請者 住所 鹿沼市</p> <p style="text-align:center">(受給者)</p> <p style="text-align:right">氏名 <span style="float:right">印</span></p> <p style="text-align:right">電話 <span style="float:right">— —</span></p>	
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。	

<b>助成金交付申請内訳</b>		※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
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		