

様式第4号（第9条関係）

坂祝町多子世帯及びひとり親等世帯病児・病後児保育費用償還申請書

年 月 日

坂祝町長 様

申請者 住 所 坂祝町
(保護者)

氏 名
電話番号 ()

坂祝町多子世帯及びひとり親等世帯病児・病後児保育費用無料化事業実施要綱第9条に基づき、以下の病児・病後児保育費用を支払いましたので償還されたく申請します。

1. 無料化対象児童

対 象 児 童	氏 名		生年月日	性 別	備 考
	①		. .	男・女	
	②		. .	男・女	
	③		. .	男・女	

2. 無償化理由 ※該当するものに○をつけて下さい。

多子世帯		ひとり親世帯		在宅障がい者のいる世帯	
------	--	--------	--	-------------	--

3. 利用施設

病児・病後児保育施設名	利用年月日	利用料

4. 振込先

振込金融機関・支店名	種別	口座番号	口座名義人（カナ）

注 病児・病後児保育施設が発行した領収書を添付してください。

町記入欄	支給年月日	年 月 日	総支給額	円
------	-------	-------	------	---