

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

岩美町病児・病後児保育広域利用料助成金申請書兼実績報告書

岩美町長 様

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり病児・病後児保育を利用しましたので、利用料について助成金を申請し、実績報告します。なお、本助成金交付の審査にあたり、担当職員が私の世帯の課税状況を確認することに同意します。

児童氏名		児童生年月日	
利用施設			
利用日			
支払金額			
申請金額 (助成金額)			

添付書類：病児・病後児保育に係る領収書の写し

当該年の1月1日に岩美町に住民登録がない方（1月～5月においては前年）は、前住所地の課税状況が分かる書類（課税証明書等）

※事務処理欄

利用者区分	1. 住民税課税世帯 (支払金額との差額	2. 住民税非課税世帯 円/日)
-------	-------------------------	---------------------

様式第2号（第5条関係）

岩美町病児・病後児保育広域利用料助成金請求書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

（電話番号 - - ）

岩美町長 様

振 込 依 頼 書

上記の金額を下記口座に振り込んでください。

請求者氏名 _____

振込先	金融機関名		支店	
	口座番号			普通 ・ 当座
フリガナ 口座名義	(申請者との関係)			