

別記様式第 1 号

年 月 日

西川町長 殿

住所 西川町大字
氏名

西川町病児・病後児保育利用助成金交付申請書

西川町病児・病後児保育利用助成金を次のとおり交付されるよう申請します。

申請額 円

利用保育	病児保育 ・ 病後児保育			
利用年月日	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			
利用回数	回			
利用料金	円			
利用児童氏名	(歳)			
助成金振込口座	金融機関		支店	
	口座種別	普通 ・ 当座 その他	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義氏名			

注 病児・病後児保育の利用料金の支払を証する書類、その他必要な書類を添付すること。

注 飲食費及び延長料金等は、利用料金に含めないこと。