

摂津市病児・病後児保育事業利用補助金申請書

摂津市長 様

年 月 日

申請者 氏名 _____
 (保護者) _____
 住所 摂津市 _____
 電話番号 _____

標記補助金を下記のとおり受けたいので、摂津市病児・病後児保育事業利用補助金交付要綱の規定により申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円

2 対象児童

フリガナ		性別	年 月 日生
対象者 (乳幼児)			保育所等名 (歳児クラス)

3 病児・病後児保育利用施設名

遊育園こどもクリニック病児保育室 ・ 病児・病後児保育室エクスポキッズ

4 病児・病後児保育利用日

年 月 日()から	年 月 日()まで	日間
年 月 日()から	年 月 日()まで	日間
年 月 日()から	年 月 日()まで	日間
年 月 日()から	年 月 日()まで	日間
年 月 日()から	年 月 日()まで	日間
計		日間

5 申請金額内訳

2,000円 × 日 = 円 (遊育園こどもクリニック生活保護世帯)
 2,000円 × 日 = 円 (エクスポキッズ生活保護世帯以外)
 4,000円 × 日 = 円 (エクスポキッズ生活保護世帯)

※生活保護世帯の方は、「生活保護受給証明書」(原本)の添付が必要です。