

病児保育事業利用料減免償還払い申請書

阿武町長 様

次のとおり、病児保育事業利用料の償還払いに関する関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、この申請にあたり課税情報等の調査をすることに同意します。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年 月 日	平成・令和 年 月 日	性別	男・女
	氏 名					
	住 所	阿武町大字				
利用 児 童	フリガナ		生年 月 日	平成・令和 年 月 日	性別	男・女
	氏 名					

利用日 () 月分	日	日	日	日	合計金額	円
	日	日	日	日		
	日	日	日	日		
	日	日	日	日		
	日	日	日	日		

※利用料の確認として、領収書の写しを添付してください。

上記の利用料を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼書	銀 行 農 協 信用金庫 協同組合	本 店 支 店 出張所	科目	口 座 番 号						
			1. 普通預金							
			2. 当座預金							
			3. そ の 他							
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ							
			口座名義人							

※口座名義人は、保護者のものとします。

※該当するものに○をつけてください。網掛けの中は記載不要です。

※振込先の確認として、上記口座の通帳の写しを添付してください。(役場窓口に来られた場合は、役場でコピーを取ります。2回目以降の申請の場合は、口座の変更がなければ省略できます。)