別記様式（第5条関係）

病児病後児保育助成事業申請書

平成　　　年　　　月　　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長　様

申請者

所　属

職　名

氏　名 　　　　　　　　　　 印

　下記のとおり病児病後児保育施設を利用しましたので、病児病後児保育助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

記

１　利用施設名　公立大学法人福島県立医科大学病児病後児保育所「すくすく」

２　利用年月日、利用対象児童名、利用料金、申請金額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用年月日 | 利用対象児童 | すぎのこ園利用の有無 | 利用料金 | 申請金額※ | 備考 |
|  年　 月　 日 |  | 有　無 | 　円 |  円 |  |
|  年 　月　 日 |  | 有　無 |  円 |  円 |  |
|  年 　月　 日 |  | 有　無 |  円 |  円 |  |
|  年 　月　 日 |  | 有　無 |  円 |  円 |  |
| 申請金額合計 |  円 |  円 |  |

 ※　申請金額は、すぎのこ園利用者にあっては、助成対象費用と2,000円のいずれか　　　低い額、それ以外の者にあっては、助成対象費用と1,000円のいずれか低い額とす　　　る。

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込銀行名 | 口座名義（ｶﾀｶﾅ） | 口座番号 | 備考 |
|  |  |  |  |

 ※　利用者本人の口座に振り込みますので、郵便局以外の口座を指定してください。