

葛飾区長宛て

申請者(保護者)
住 所

氏 名
児 童 と の 続 柄
電 話 番 号

葛飾区病児・病後児保育医師連絡票発行料助成金申請書兼請求書

葛飾区病児・病後児保育医師連絡票発行料助成金交付要綱(以下「要綱」という。)第5条の規定に基づき、添付書類を揃え申請をいたします。また、要綱第6条の規定により交付決定がされた場合、要綱第7条の規定に基づき請求します。

1 交付申請額・請求額

金													円
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2 葛飾区病児・病後児保育医師連絡票発行枚数
※該当月に発行された枚数を記入してください。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

3 利用児童及び医師連絡票を発行した医療機関

利用児童				
フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日
氏名			入所施設	
医師連絡票を発行した医療機関				
①	医療機関名			所在地
②	医療機関名			所在地
③	医療機関名			所在地
④	医療機関名			所在地
⑤	医療機関名			所在地

4 予約をした病児・病後児保育施設

①	施設名	利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
②	施設名	利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
③	施設名	利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
④	施設名	利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
⑤	施設名	利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日

5 支払金口座振替依頼 ※申請者名と同一名義の口座にしてください。

金融機関名 支店名	銀行・信用金庫・信用組合・農協							支店
口座種別	普通	口座番号						
口座名義 (カナで記入)								

6 添付書類

医師連絡票を発行したことが分かる領収書の写し
※発行した内容について不明瞭な領収書の場合、同日に発行した医師連絡票の写しが必要です。