

葛飾区長宛て

申請者(保護者) **葛飾 花子**
 住所 **葛飾区立石5-13-1**

氏名 **葛飾 太郎**
 児童との続柄 **母**
 電話番号 **080-****-******

その月の初回発行では
 診療情報提供書(自己負担なし)
 のため、本申請の対象外です。
 次の月にかけて利用する場合は
 ご注意ください。

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

金額は記入しないでください。

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
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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	かつしか たろう	生年月日	平成(令和)3年4月1日
氏名	葛飾 太郎	入所施設	〇〇保育園
医師連絡票を発行した医療機関			
①	医療機関名	〇〇小児科	所在地 葛飾区立石〇-〇-〇
②	医療機関名	〇〇小児科	所在地 葛飾区立石〇-〇-〇
③	医療機関名	△△クリニック	所在地 葛飾区青戸〇-〇-〇
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	病児保育室◎◎◎	利用 予定期間	令和5年4月4日～令和5年4月10日
		病児保育室◇◇◇	利用 予定期間	令和5年4月12日～令和5年4月13日
		病児保育室☆☆☆	利用 予定期間	令和5年5月10日～令和5年5月14日
		病児保育室▽▽▽	利用 予定期間	令和5年5月19日～令和5年5月19日
⑤	施設名		利用 予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日

予約後に体調が回復し、
 実際には利用しなかった
 場合でも助成の対象に
 なります。

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	◆◆◆ 銀行	信用金庫・信用組合・農協	■■■ 支店
支店名			
口座種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カナで記入)	カツシカ ハナコ		

申請者と同じ名義の
 口座を記載してください。

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。