

墨田区病児保育事業利用料助成申請書（兼口座振替依頼書）

年 月 日

墨田区長 あて

申請者（保護者）住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

1 次の児童に係る病児保育事業利用料の助成について申請します。

利用日	年 月 日 ~ 年 月 日		
登録番号	利用児童氏名	生年月日	利用施設
—		年 月 日	東京都立墨東病院 病児・病後児保育室「水辺の病児・病後児保育室さくら」

※ 領収書（原本）を添付して提出してください。

2 助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関名			支店名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
フリガナ	(通帳のフリガナを御確認ください。※誤りがあると入金されません。)			※助成金の振込口座は、申請者（保護者）と同一にしてください。
口座名義人				

※ インターネット銀行等、一部御利用できない金融機関がありますので、御注意ください。

同意書記入欄

墨田区病児保育事業利用料助成の申請にあたり、特別区民税に係る課税情報（賦課情報）を墨田区が保有する情報で確認することに同意します。

氏名（署名）	申請者との 続柄	氏名（署名）	申請者との 続柄
	本人		

※ 特別区民税非課税世帯にあたる場合、申請者及び同一世帯の成人の方全員が署名してください。

【事務処理欄】（記入しないでください。）

区分	1. 生活保護世帯	2. 区市町村民税非課税世帯
利用料合計	円	（ 2, 000円× 日間 ）
助成額	円	