

病児保育事業(ひとり親家庭)助成申請書兼請求書

受付日 \_\_\_\_\_  
 受付者 \_\_\_\_\_

福井市長 宛

利用明細書及び必要書類を添えて病児保育事業(ひとり親家庭)の助成を申請します。

**太枠の中をご記入ください**

申請者氏名			生年月日	S・H	年	月	日
住所	福井市			電話			
対象者氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日			
対象者住民登録番号 (市で記入します)							
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 ゆうちょ銀行		支店 出張所 支所	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ					
	氏名						
税情報等の閲覧について 利用料を決定するにあたり、市が同一世帯員について必要な情報( )を閲覧することに同意します。 住民基本台帳の世帯情報、市町村民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、 母子家庭等医療費等助成の情報等 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名(自署)</p>							
申請額				円			
区分	児童扶養手当受給 母子家庭等医療費等受給		子どもh	子どもs	安心k		

**対象者ごとに申請が必要です。**  
**口座名義人は申請者と同一人としてください。**

【お願い】 この申請書には次の書類を添付してください。

- (1) 利用明細書(様式第4号)
  - (2) 利用した施設が発行した領収書
  - (3) 振込口座が確認できるもの(申請者名義の通帳)
  - (4) (市外から転入した方)市町村民税所得・課税証明書  
 利用が年度初日(4月1日)から8月31日までの場合、前年度分  
 年度初日の属する年の前年1月1日の住所が福井市以外であった場合、その市町村が発行した所得課税証明書で利用日時点の世帯全員のもの(2回目以降の申請時、前回の申請時と世帯員に変動がない場合は同じ世帯員の証明書をお持ちください。)  
 利用が9月1日から年度末日(3月31日)までの場合、当該年度分  
 年度初日の属する年の1月1日の住所が福井市以外であった場合、その市町村が発行した所得課税証明書で利用日時点の世帯全員のもの(2回目以降の申請時、前回の申請時と世帯員に変動がない場合は同じ世帯員の証明書をお持ちください。)
- (2)(3)(4)は市で複写して原本はご返却します。