

様式第 1 号

宇都宮市病児保育事業利用者負担額補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

申請者氏名 _____

宇都宮市病児保育事業利用者負担額補助事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり、補助金の交付を申請します。また、市の職員が審査に必要な所得情報や児童扶養手当受給者情報等を調査することに同意します。

フリガナ	
氏名	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生
住所	電話 ()
児童扶養手当証書番号又はひとり親家庭医療費受給者番号	(受給者登録がない場合は、戸籍謄本を添付すること)

< 交付申請額 >

区分	利用者負担額	補助率	交付申請額(※)
年 月分	円	1 / 2	円
年 月分	円	1 / 2	円
年 月分	円	1 / 2	円
年 月分	円	1 / 2	円
年 月分	円	1 / 2	円
年 月分	円	1 / 2	円
合計	円		円

※ 利用者負担額の 2 分の 1 の額を記入してください。各月ごとに、小数点以下の端数が生じた場合は、切り捨ててください。

添付書類：領収書 (添付がない場合は、補助できません。)