

様式第 1 号

宇都宮市病児保育事業利用者負担額補助金
交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

「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、交付が決定された場合には、補助金を請求します。市の職員が審査に必要な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。

1 申請者及び請求者（保護者）

フリガナ	
氏名	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生
住所	〒 電話 ()
【受給者登録がある場合】 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)

2 利用者（お子様）について

氏名	生年月日	年齢
	(平成・令和) 年 月 日	
	(平成・令和) 年 月 日	

3 振込先（請求者名義の口座に限る。）

支払金融機関		支店名	
支店番号		預金種別	普通
口座番号		口座名義(ｶﾅ)	

