

様式第1号(第5条関係)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

三豊市長 様

申請者 住所
氏名
電話 ()
対象児童との続柄()

病児・病後児保育利用料受給資格登録申請書

病児・病後児保育利用料の支給を受けたいので、三豊市病児・病後児保育利用料無料化事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認のため、児童手当支給状況及び住民基本台帳法に基づく住民基本台帳を確認されることについて同意します。

対象児童	住 所		
	フリガナ氏名		男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	第 子
他の扶養児童	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	男 ・ 女