

様式第 1 号(第 4 条関係)

長岡京市長 様				年	月	日
申請者氏名				㊞		
住 所						
電 話				()		
長岡京市病児・病後児保育事業利用助成金交付申請書						
長岡京市病児・病後児保育事業利用助成金の交付を受けたいので、長岡京市病児・病後児保育事業利用助成金交付要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、審査に伴う課税状況の調査を市担当課が行うことに同意します。						
ふりがな		男 女	生年月日	年	月	日
児童氏名		女		(歳	月)	
在籍保育施設・幼稚園等						
看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他()					
利用の種類	1 病児保育 (日間) 2 病後児保育 (日間)					
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで					
利用時間	午前 時 分から午後 時 分まで					
連絡先	自 宅 () 携帯電話(父/母) ()					
振込金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 本店 農協 ・ 信用組合 支店					
預金種類	普 通 ・ 当 座					
口座番号						
フリガナ						
口座名義人						
階層区分	定義	助成額				
B	生活保護法による被保護者世帯及び里親世帯を除く非課税世帯	日額 1, 4 0 0 円				
C 1 から C 4 まで	生活保護法による被保護者世帯及び里親世帯並びに階層区分 B に該当する世帯を除く市民税所得割額 4 8, 6 0 0 円未満の世帯	日額 7 0 0 円				
添付書類：(1) 病児・病後児保育利用時に受けた領収書 (2) 課税証明書（長岡京市以外で課税されている方） 申請期限： <u>利用年度内に速やかに</u> 申請してください。						
* 認定欄(記入不要) 助成金決定額 ・ B階層 1, 4 0 0 円 ・ C 1 ～ C 4 階層 7 0 0 円						