様式第４号

受付番号

病児デイケア（病児・病後児保育）利用助成金申請書兼請求書　受付日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受付者

鯖江市長様宛

利用明細書及び必要書類を添えて病児デイケア（病児・病後児保育）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・Ｒ　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 鯖江市 | 電話 |  |
| 対象者氏名 | フリガナ | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　　　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　　　　　　支店信用金庫　　　　　　出張所信用組合　　　　　　　支所ゆうちょ銀行　　　　　　　 | 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、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、施設等利用給付認定の情報等令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　 |  |
| 税区分 | ①非課税　　　　②生活保護　　　　③課税 |

**※対象者ごとに申請が必要です。**

**※印鑑は認印を押してください。（スタンプ印不可）**

**※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５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

①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

②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

　　　　年度初日に属する年の1月1日の住所が鯖江市以外であった場合、その市町村が発行した所得課税証

明書で当時の世帯全員のもの

（３）（４）は市で複写して原本はご返却します。