

第1号様式（第5条関係）

愛川町私設保育施設入所児助成金交付申請書

年 月 日

愛川町長 殿

住 所 愛川町 _____

保護者名 _____

電話番号 () _____

愛川町私設保育施設入所児助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、住所要件の確認のため、愛川町が保有する保護者及び児童の属する世帯の住民記録の閲覧に同意します。

交付申請額	金 円也 [@ 2,500円 × ヶ月]		
対象児童	(フリガナ)	入所施設名	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 生	
	在籍期間	年 月から	年 月までの ヶ月間

愛川町私設保育施設入所児助成金交付請求書

愛川町長 殿

住 所 愛川町 _____

保護者名 _____ 印

電話番号 () _____

次の金額を請求します。

請 求 金 額	金 円也
---------	------

なお、助成金は次の口座へ振り込んでください。

銀行 金庫 組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通預金	2 当座預金
		口座番号 (右詰で記入)	
口 座 名 義 (名義は保護者名のもの)		フリガナ	