様式第１号（第４関係）

受給者番号							

土庄町病児・病後児保育利用料受給資格登録申請書

年　　月　　日

土庄町長　様

住所

申請者

氏名　　㊞

電話　　（　　）

対象児童との続柄（　　）

病児・病後児保育利用料の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
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等により確認されることに同意します。

対象児童	住　所		
	フリガナ 氏　名		男　・　女
	生年月日	年　　月　　日	第　　子

（注）公務員の方は、「児童手当認定通知書」、「住民票の写し（世帯員全員）」を添付して下さい。