様式第１号（第４条関係）

受給者番号							

病児・病後児保育利用料受給資格登録申請書

年　　月　　日

小豆島町長　殿

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		
	生年月日	年　　月　　日	第　　子