別記様式第１号（第４条関係）

今治市病児保育医師連絡票作成費補助金交付申請書兼請求書

（宛先）今治市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 保護者氏名 |  | 児童氏名（生年月日） |
| （　　　　年　　月　　日） |
| 連絡先 |  |

　病児保育医師連絡票作成費に対する補助を受けたいので、今治市病児保育医師連絡票補助金交付要綱第４条の規定により申請し、補助対象と認められた場合、本状を持って請求いたします。

　併せて、今治市病児保育医師連絡票補助金交付要綱第５条の規定により請求額の受領の権限を、下記、医療機関に委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額（請求額） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ・同一の医療機関において、各月２回目以後の作成費を対象とし、2,750円を上限額とする。 |
| （※医療機関確認欄）医師連絡票の作成にかかった費用の実費負担額について、上記金額で間違いありません。　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 各月１回目 |  |
| 各月２回目以後 |  |

住所各月２回目以後に○をした場合は、下記に同月内の直近作成日を記載してください。　　　　　月　　日医療機関名代表者職氏名担当者職氏名担当者連絡先 |

（振込先口座）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関名 | 銀行・農協・金庫  | 支店・支所  |
| 口座名義人 | フリガナ |
|  |
| 預金種別 | □　普通（総合口座の普通貯金を含む）□　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※市記入欄 | 登録番号 |
| 　　　　　　　－　　　　　　　 |