

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
対象児童との続柄（ ）

高松市病児・病後児保育利用料償還申請書

病児・病後児保育利用料を支払いましたので、次のとおり償還されたく申請します。

対象児童	住 所			
	氏 名			男 ・ 女
	生年月日	年	月	日
病児・病後児保育施設名		利用日		利用料
振込先	振込金融機関・支店名	種別	口座番号	口座名義人（カナ）

注 病児・病後児保育施設が発行した領収書を添付して下さい。

受付年月日	
決裁年月日	
支給年月日	