

様式第 1 号（第 4 条関係）

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

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・病後児保育利用料受給資格登録申請書

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。

また、申請内容の確認のため、児童手当支給状況およ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**」の写しを添付してください。

注 児童とは、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。