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

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、児童手当受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		第　　子

注　児童の住所が市外の場合は、児童の住民票（世帯員全員、本籍、続柄の入ったもの）等を添付してください。