

柏市委託乳幼児扶助費申請書

(認可外保育施設用(柏市認定保育ルームを除く))

柏市長 あて

〒 277-8505

申請者(保護者・振込先) 住 所 柏市柏 5-10-1

(日中連絡のとれる番号)

電話番号 04-7167-1111

フリガナ マルサンカク マルサンカク

氏 名 ○△ ○△ 印

柏市委託乳幼児扶助費の交付にあたり、関係書類を添えて申請します。

1. 申請内容

通園している認可外保育施設名	△△△△			
通園児童	氏名 ○○ ○○	生年月日 平成 28 年 2 月 28 日		
申請月	就労日数・就労時間		保育料負担額	備考
	父	母		
4 月	▽▽日 ▽▽▽時間	◇◇日 ◇◇◇時間	75,000 円	
5 月	▽▽日 ▽▽▽時間	◇◇日 ◇◇◇時間	75,000 円	
6 月	▽▽日 ▽▽▽時間	◇◇日 ◇◇◇時間	75,000 円	

2. 児童の世帯員 ※保護者、兄弟姉妹等世帯構成員全員を記入してください。

氏名	通園児童との続柄	生年月日	勤務先名称
○△ ○△	父	Ⓢ H △・○・□	□□□□
□○ □○	母	Ⓢ H ○・□・△	△△△△
○○ ○○	本人	S Ⓜ 28・2・28	
		S・H . .	
		S・H . .	
		S・H . .	

3. 口座情報

金融機関名	支店名	支店コード	種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入)
○○銀行	本店 ○○支店	0 0 0 0	普通 当座	0 0 0 0 0 0 0	カリタウ

※平成 29 年度柏市委託乳幼児扶助費申請の最終締め切りは、平成 30 年 4 月 10 日(火)です。

柏市記入欄	申請書	証明書	就労証 ¹	就労証 ²	その他 ¹	その他 ²	【備考】
-------	-----	-----	------------------	------------------	------------------	------------------	------