本部－帳－本事 1002-1

病児・夜間保育の利用料助成申請書

石川勤労者医療協会　　理事長　殿

年　　月　　日

所属事業所

部　　署

氏　　名　　㊞

下記の通りに利用したので、一ヶ月分の領収書を添付して助成金を申請します。

利用した児童の氏名および生年月日	年　　月　　日生
利用した月日	
病児保育	／　、　／　、　／　、　／　、　／　、　／ ／　、　／　、　／　、　／　、　／　、　／
夜間保育	／　、　／　、　／　、　／　、　／　、　／ ／　、　／　、　／　、　／　、　／　、　／
利用した事業所名	
病児保育	
夜間保育	
利用総額	円

※ 利用料の全額を助成します。一ヶ月分をまとめて、必要事項を記入して申請してください。
※ 領収書は、必ず添付してください。(添付されていないと支給されません。)
※ 職責者は確認印を押してください。総務課または事務長に提出してください。

法人総務	法人給与	事務長	総務	職責者

領　収　書

石川勤労者医療協会　　理事長　殿

¥　　円

上記、病児・夜間保育利用料助成金を確かに受領しました。

年　　月　　日　　所属事業所

部　　署

氏　　名　　㊞