

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

糸田町長 様

糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料補助金交付申請書

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料補助金交付要綱第4条の規定により、医師連絡票作成料補助金を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

作成した医療機関の所在 (地)、名称	所在(地) : 名 称 :
作成年月日	年 月 日
作成料自己負担額	円
対象児童名	

(添付書類)

- 1 医師連絡票を作成した医療機関が発行した領収書（作成料の額、作成日及び医療機関の名称が記載されたもの）の写し
- 2 その他 ( )

本申請の審査において、申請者及び同一世帯者の住民基本台帳を閲覧すること及び受診した医療機関並びに関係機関を調査することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

様式第2号（第5条関係）

糸福祉第 号  
年 月 日

様

糸田町長

糸田町病児病後児保育室医師連絡票作成料補助金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました医師連絡票作成料補助金の交付について、  
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定内容	交 付 ・ 不交付
交付金額	円
不交付の理由	

