

令和 年 月 日

愛情基金受給申請書

長崎市私立幼稚園・認定こども園PTA連合会

会長 田中 美沙 様

園名

園長

印

下記の通り愛情基金の適用を申請いたします。

記

1. 園児名 _____

1. 生年月日 _____

1. 病名(事由) _____

1. 入院期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日(泊日)

1. 病院名 _____

1. 振込口座番号 _____銀行 _____支店

(各園口座)

_____預金 口座番号

フリガナ _____

名義 _____

*口座名義人には必ずフリガナをお願いします

*振込み口座は園口座のみです。保護者口座ではありません。

*申請は退院後3ヶ月以内です。(当年卒園時の申請受け付けは3月31日まで)