様式第１号

子育て支援還元ポイント交付申請書

（あつまるポイント）

令和　　年　　月　　日

厚 真 町 長 様

申請者　　氏 名　　㊞

電 話（　　－　　－　　）

子どもとの続柄　（　　）

子どもの医療費等を負担した次の費用について、子育て支援還元ポイントの交付を申請いたします。

記

子どもの氏名	年齢	※職員記入欄 還元ポイントの区分	還元ポイント数	備考欄
	才	□医療費 □利用者負担 □通学費等		
	才	□医療費 □利用者負担 □通学費等		
	才	□医療費 □利用者負担 □通学費等		
	才	□医療費 □利用者負担 □通学費等		
医療費について □こども園や学校での負傷等による災害共済給付の対象ではありません □高額療養費等助成制度の対象ではありません 通学費等について □休学や退学の事実が発生した場合は、該当期間の還元ポイントに相当する金額を返還します		計	医療費 利用者負担 通学費等	合計ポイント P
添付書類　医療費：医療費の領収書（高額療養費等助成制度や災害共済給付がある場合は支給決定通知等） 利用者負担額：厚真町こども園利用者負担額の領収書 通学費等：在学している高校の直近２ヶ月以内発行の在学証明書				

※処理欄

課 長	主 幹	主 査	担 当	

領収書等審査	
ポイント交付	
領収書等返還	