

(第 1 号様式)

京都市乳児院及び児童養護施設病児介護等加算費交付申請書

(あて先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の名称 電話（ ） —

京都市乳児院及び児童養護施設病児介護等加算費の交付を以下のとおり申請します。

対象児童氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
医 療 機 関 名		入院期間	年 月 日 ～ (日間) 年 月 日		
申 請 額	金 円				
申 請 額 内 訳					
備 考					

(第 2 号様式)

年 月 日

京都市乳児院及び児童養護施設病児介護等加算費交付決定書

施設名

代表者名

様

京 都 市 長

年 月 日付けで交付申請があった京都市乳児院及び児童養護施設病児介護等加算費については、京都市乳児院及び児童養護施設病児介護等加算費交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり交付することに決定されたので通知する。

1 交付決定額 金 円

2 内 訳

申請児童氏名	交付決定額