

足立区病児保育利用料金助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

(提出先)
足立区長

郵便番号 〒 _____

申請者（保護者） 住 所 足立区 _____

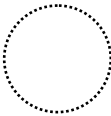
氏 名 _____ 印 _____

電話番号（携帯） _____

電話番号（自宅） _____

下記のとおり、病児保育利用に伴い派遣費用経費を支払ったので、領収書及び受診証明等の必要書類を添付して助成金の申請をします。

なお、申請に当たり、足立区長が申請内容確認のため、住所等の確認を目的として、足立区が保有する住民基本台帳を確認することに同意するとともに、利用事業者等へ照会することに同意します。また、足立区病児保育（在宅型）利用料金助成金交付要綱を遵守いたします。



1 対象児童

ふりがな			
児童氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)

2 受診医療機関名

医療機関名		電話番号 ()
	受診日 年 月 日	病名

3 利用した事業者等の名称・内容等

事業者名	
所在地	
電話番号	()
利用事由	1 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等

※【病児保育サービス利用内訳】もご記入ください。なお、同一の疾病による病児保育サービスの利用は、7日分までが助成対象となります。複数利用分をまとめて申請する場合は、申請書・利用内訳を別に記入してください。

【病児保育サービス利用内訳】※太枠部分を記入してください。

No	利用月日	①利用時間	②基準額	③利用料金	④申請金額	足立区記入欄 記入しないでください	
		1時間未満の 端数は切り捨て	①×1,000円	病児保育サービス 入会金・年会費・交通費・ クーポン利用分等を除く	②と③の額を比較 し、 <u>いずれか低い額</u>		
1	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
2	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
3	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
4	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
5	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
6	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
7	月 日	時間	円	円	円	②	
						③	
					⑤申請金額 合計	円	

助成金額は利用日ごとに算定し、下記の算定表に定める基準額と利用料金の額を比較し、いずれか低い額を交付額とします。

【算定表】

基準額	利用料金
児童1人当たり1日の病児保育サービス 利用時間の合計（1時間未満は切り捨て） ×1,000円	1日の病児保育サービスの利用に要した 費用（※1、※2）

※1 入会金、年会費及び月会費等のほか、交通費等の実費を除く。ただし、月会費に病児保育料が含まれており、その範囲で利用したときは、月会費相当額（月会費に複数日分の利用料が含まれるときは、月会費を当該日数で等分した額）を「1日の病児保育サービスの利用に要した費用」とみなす。

※2 病児保育サービスの対価として現金等で直接支払った額に限るものとし、クーポンその他の割引券等で支払った額及びクーポンその他の割引券等の取得に要した費用は含まない。

【その他添付書類】

- 病児保育サービスを利用した事業所の領収書（写し不可）
- サービス利用明細書等（利用日、利用時間及び利用料金等がわかるもの）
- 医療機関受診証明（領収書、お薬手帳などの写し等、受診日・医療機関がわかるもの）

⑤ 申請金額 円（年間上限額4万円）

（※この金額は、審査の結果、助成決定額と異なる場合があります。）

※ 年度既助成決定額 円（今年度助成を受けた額）