

足立区病児保育利用料金助成金交付申請書兼同意書

(提出先)
足立区長

〇年〇〇月〇〇日

朱肉印で押印願います。
※シャチハタ印不可

郵便番号 〒〇〇〇-△△△△

申請者（保護者） 住 所 足立区梅島3-28-8

氏 名 元 気 満 印

領収書と同じ名前の方が申請して下さい。

電話番号（携帯） 090-****-****

電話番号（自宅） 03-****-****

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。

捨印も押印願います。

1 対象児童

ふりがな	げんき かい		
児童氏名	元 気 快	生年月日 (年齢)	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇 歳)

2 受診医療機関名

医療機関名	△△クリニック	電話番号 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇
受診日	〇〇年〇〇月〇〇日	病名 〇〇〇〇〇〇

3 利用した事業者等の名称・内容等

事業者名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	指定の事業者に限ります。
所在地	〇〇〇区△△△1-1-1	
電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
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。

記入例

②と③の額を比較し、いずれか低い額を「④申請金額」に記入。

【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 1時間未満の 端数は切り捨て	②基準額 ①×1,000円	③利用料金 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）	④申請金額 ②と③の額を比較 し、いずれか低い額	足立区記入欄 記入しないでください	
1	4月 10日	9 時間	9,000 円	8,400 円	8,400 円	②	
2	4月 11日	8 時間	8,000 円	12,000 円	8,000 円	③	
3	4月 12日	5 時間	5,000 円	7,500 円	5,000 円	②	
4	月 日	時間	円	円	円	③	
5	月 日	時間	円	円	円	②	
6	月 日	時間	円	円	円	③	
⑤申請金額 合計					21,400 円		

利用日と利用時間（1時間未満の端数は切り捨て）を記入。

「①利用時間」×1,000円の金額を記入。

実際に病児保育サービスの利用に要した費用（入会金・年会費・交通費・クーポン利用分などを除く）を記入。

助成金額は利用日毎に算定し、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。

「申請金額」の合計を記入。

記入しないでください。

【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 21,400 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）

記入例

別記第4号様式（第7条関係）

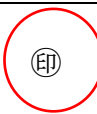
足立区病児保育利用料金助成金交付請求書兼口座振替依頼書

日付は記入しないでください。
(審査後、助成決定日以降の日付になります)

年 月 日

(提出先)
足立区 長

申請者と同じ名前を記入。

住 所	足立区梅島3-28-8
氏 名 (保護者名)	元 気 満 
電話番号	03(3852)2863

「申請書兼同意書」と
同じ朱肉印で押印。
※シャチハタ印不可

請求金額は記入しないでください。
(審査後、助成金額を決定します)

請求金額						
------	--	--	--	--	--	--

足立区病児保育利用料金助成金として上記金額を請求します。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	〇〇〇 		△△△ 							
	銀行 信用金庫 信用組合 農 協									
振込先口座 及び名義人	預金種目	普通 当座	口座番号 (右ツメ)	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ゲ ン キ ミ ツ ル								
	氏 名	元 気 満								

申請者と同じ名前を記入。