

別記第1号様式(第7条関係)

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)

足立区教育委員会

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、領収書及び受診を証明する書類等を添付して助成金の申請をします。

なお、申請に当たり、足立区教育委員会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		性 別	男 ・ 女
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

別紙「病児保育サービス利用内訳」をご記入ください。

「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	利用時間	基準額	利用料金	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る	×1,000円	病児保育サービス （入会金・年会費・登録料・交通費などを除く）	との額を比較し、 <u>いずれか低い額</u>		
1	月 日	時間	円	円	円		
2	月 日	時間	円	円	円		
3	月 日	時間	円	円	円		
4	月 日	時間	円	円	円		
5	月 日	時間	円	円	円		
6	月 日	時間	円	円	円		
7	月 日	時間	円	円	円		
申請金額 合計					円		

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。

(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 利用時間合計（1時間未満の端数は切り捨てる。）×1,000円	病児保育サービスの利用に要した費用 月会費の中に当該月の利用料が含まれる場合は、これを当該月の病児保育サービスの利用に要した費用とみなします。ただし、実際に病児保育サービスを利用した場合に限ります。

医療機関の受診がない場合は、助成の対象となりません。領収書、医師の処方に基づく薬袋、服用説明書等（写し可）を添付してください。

入会金、年会費、登録料その他これらに準ずる費用などは助成の対象外です。

病児保育利用の領収書及び請求内容がわかる明細書（利用日毎の利用時間及び利用料金がわかるもの）を添付してください。

複数の事由がある場合は、申請書を別に記入してください。

申請金額 円（年間上限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。）

平成 年度既助成決定額 円（今年度助成を受けた額）

別記第3号様式(第9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

年 月 日

(提出先)
足立区 長

住 所	
氏 名 (保護者名)	①
電話番号	()

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	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本 店 支 店 出張所						
	預金種目	普通 当座	口座番号 (右ツメ)							
振込先口座 及び名義人	フリガナ									
	氏 名									