

(宛先) 港区長

港区訪問型病児・病後児保育利用料助成金交付申請書

申請者（保護者） 住 所 〒 _____
 港区 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

以下のとおり、ベビーシッターの派遣等による訪問型病児・病後児保育サービスの利用に伴い、保育利用料を支払ったので、領収書、利用明細及び医療機関の診療を受診したことを証する書類を添付して、助成金の申請をします。なお、申請に当たり港区が申請内容確認のため、区が保有する住民基本台帳、住民税等の情報を利用すること及び利用した事業者並びに医療機関へ照会することに同意いたします。

1 対象児童

ふりがな		生年月日	(年 月 日)
児童氏名			(歳 か月)
保育施設名又は学童クラブ名			

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 利用した訪問型病児・病後児保育サービス事業者の名称、内容等

別表のとおり

4 助成申請額

項 目	金 額	*港区記入欄
(A) 保育利用料の合計（別表の合計額）	円	
(B) 勤務先等の福利厚生などにより、別表の保育利用料に対して助成を受けた額	円	
(C) 助成対象額 [課税世帯：(A-B) ÷ 2 (1円未満切捨) 非課税世帯又は生活保護世帯：A-B]	円	
(D) 同一年度の既助成交付決定額	円	
(E) 助成申請額 (C-D) [年度上限額 課税世帯：5万円 非課税世帯又は生活保護世帯：10万円]	円	

【区処理欄】

住基	受付番号	確認
----	------	----

別 表

利用日時	利用事業者等の名称・内容等	保育利用料
年 月 日 : ~ :	事業者名：	
	所在地：	
	電話番号： ()	
年 月 日 : ~ :	事業者名：	
	所在地：	
	電話番号： ()	
年 月 日 : ~ :	事業者名：	
	所在地：	
	電話番号： ()	
年 月 日 : ~ :	事業者名：	
	所在地：	
	電話番号： ()	
年 月 日 : ~ :	事業者名：	
	所在地：	
	電話番号： ()	
合 計		円

(交付申請書と併せて提出する書類)

- 1 医療機関を受診したことが分かるもの(レシート、受診記録票、医師の処方に基づく薬袋及び服用説明書などの写し等)
- 2 ベビーシッター利用の領収書
- 3 ベビーシッター利用の明細書(利用日時、保育料、交通費等の諸経費及びその他のサービス費用がわかる書類)