



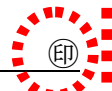
捨印をお願いします。

(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

・点線で囲んである項目に、ボールペンで（フリクションペン禁止）漏れが無いように記入してください。
・書き損じた場合は、二重線を引き、その上から訂正印を必ず押印してください。
（修正テープ・塗りつぶし等がある場合は書き直しとなります。）

所 〒 105-8511
港区 芝公園 1 - 5 - 25
氏名 港 太郎
電話番号 03 - 3578 - 2111



必ず押印をお願いします。
（無い場合は受理できません）

訪問型病児・病後児保育センターの派遣等による訪問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受診記録を添付し、助成金の申請をします。なお、申請に当たり港本台帳、住民税等の情報を利用すること及び利用した事象台帳の閲覧等について同意いたします。

1 対象児童

Table with columns: ふりがな (みなと じろう), 児童氏名 (港 次郎), 生年月日 (平成 年 XX月 XX日), 対象児童が通所している施設 (保育園)

2 受診医療機関名

Table with columns: 医療機関名 (病院), 電話番号, 受診日 (令和2年4月3日), 病名 (おたふくかぜ, インフルエンザ)

3 利用した訪問型病児・病後児保育センター事業者等の名称、内容等

別表のとおり

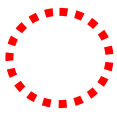
4 助成申請額

Table with columns: 項目, 金額, *港区記入欄. Rows include (A) 保育利用料の合計, (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, (C) 助成対象額, (D) 同一年度の既助成交付決定額, (E) 助成申請額

※利用日の属する月の区市町村民税が非課税世帯又は生活保護世帯は、その日までの上限額は10万円となります。

【区処理欄】

住基, 受付番号, 確認



捨印をお願いします。

別表

利用日時	利用事業者等の名称・内容等	保育利用料
2年 4月 1日 9:00~ 18:00	事業者名: シッターサービス	30,000 円
	所在地: 区 町 - -	
	電話番号: ()	
2年 4月 3日 9:00~ 18:00	事業者名: 同上	30,000 円
	所在地: 同上	
	電話番号: (同上)	
3年 2月 4日 9:00~ 18:00	事業者名: 株式会社	60,000 円
	所在地: 区 町 - -	
	電話番号: ()	
年 月 : ~ :	事業者名:	円
	電話番号: ()	
年 月 日 : ~ :	事業者名:	円
	所在地:	
	電話番号: ()	
合 計		円

利用回数が多く、別表の記入欄が足りなくなった場合は、別表のみを追加で印刷（またはコピー）して、記入してください。

(交付申請書と合わせて提出する書類)

- 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）
- 2 ベビーシッター利用の領収書
- 3 利用明細書の写し（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）