

捨印として下の印鑑と同じもので押印してください

捨印

# 記入例

## 台東区居宅訪問型病児・病後児保育利用料助成金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

台東区教育委員会 殿

申請者（保護者）

住 所 台東区東上野4-5-6

氏 名 台東 太郎 印

電話番号 5246-0000

下記のとおり、居宅訪問型病児・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での受診を証する書類を添付のうえ、助成金の交付を申請します。なお、申請にあたり、台東区教育委員会が申請内容の確認のため、住民基本台帳の確認を行うこと及び利用事業者等へ確認を行うことに同意いたします。

### 1. 対象児童

ふりがな	たいとう はなこ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
児童氏名	台東 花子		

### 2. 利用内容等 ※ 申請は、利用日から1年以内に行ってください。

利用日時	利用事業者名	受診医療機関	利用料	利用事由
〇〇年〇〇月〇〇日 9:00~16:00	利用したベビーシッター事業者名	医療機関名 〇〇クリニック 受診日 〇〇年〇〇月〇〇日 病 名 ヘルパンギーナ	14,000 円	1 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等
〇〇年〇〇月〇〇日 9:00~18:00	利用したベビーシッター事業者名	医療機関名 〇〇クリニック 受診日 〇〇年〇〇月〇〇日 病 名 ヘルパンギーナ	16,000 円	1 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等
年 月 日 : ~ :		医療機関名 受診日 年 月 日 病 名	円	1 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等
無償化や勤務先等の福利厚生などにより、利用料に対して助成を受けている場合は、その金額		同一年度(4月~3月利用)内に、この助成金の交付決定を受けている場合は、その金額		円

### 3. 助成金申請額

利用料合計(A) (2の利用料合計)	他制度による左記利用料に対する助成額(B)	助成対象額(C) (A-B)÷2 ※円未満切捨	同一年度利用の既助成交付決定額(D)	助成申請額 ※年度内利用分上限4万円
30,000 円	0 円	15,000 円	30,000 円	入力不要 円