

病児・病後児保育利用料金助成申請書

提出日 平成 年 月 日

【申請できる期間は、ベビーシッター等を利用した日から1年以内になります】

渋谷区長 殿

申請者(保護者) 住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 電話番号 () _____

下記のとおり、病児・病後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書等を添付して助成金の申請をします。なお、申請に当たり、渋谷区が対象児童の入所や在籍状況を確認すること及び申請内容確認のため、利用事業者等へ照会することに同意いたします。

1 対象児童

ふりがな		性別	男 ・ 女		
児童氏名		生年月日	平成	年	月 日
在園施設名					歳児クラス

2 受診医療機関名・病名(事由) *申請書は1事由ごとに作成してください。

医療機関名	電話番号 () _____	受診日 平成 年 月 日	病名
-------	----------------	-----------------	----

3 利用した事業者等の名称・内容等

利用事業者	利用月日	利用時間	実績時間	申請時間 (1日10時間まで)	*渋谷区記入欄 (記入しないでください)
事業者名	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
所在地	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
電話番号 ()	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
利用に要した費用 (入会金、年会費、登録料などは除く)		円	実績時間合計	申請時間合計() (1時間未満は切り捨て)	
助成対象となる利用に要した費用 *渋谷区記入欄(記入しないでください)		円	時間 分	時間	

4 申請金額

1時間当たり 1,000 円 × 申請時間合計 () _____ 時間 (1時間未満は切り捨て)
 = _____ 円 (年間上限額5万円)

5 年間助成履歴

対象児童について、今年度に助成を受けたことがある場合は、下記に記入してください。

	助成決定日	助成額
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
年間累計		

<記入上の注意>

申請書は1事由ごとに作成してください。

医療機関の受診がない場合は、助成の対象となりません。

- ・受診証明書またはそれに代わる書類{医療機関を受診したことがわかるものがあればその写し(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等)}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は助成の対象外です。

- ・事業者の領収書及び利用明細書等の写し(利用日及び利用時間のわかるもの)を添付してください。

1日の利用助成時間は、10時間までとします。

1世帯当たり1児童の助成額は、年間50,000円までとします。(年間とは、4月1日から3月31日まで)

ただし、平成24年9月30日までに利用した分は上限40,000円になります。

算定の結果、助成額が、助成対象となる利用に要した費用を上回る場合は、助成対象となる利用に要した費用を限度として助成します。

記入にあたり、ご不明な点があれば、お問い合わせください。

渋谷区子ども家庭部保育課 03-3463-2483