

記入例

別記第1号様式（第4条関係）

病児・病後児保育利用料金助成申請書

提出日

平成 年 月 日

渋谷区長 殿

申請者（保護者） 住所 渋谷区宇田川町1-1

氏名 渋谷太郎 印

電話番号 (3463) 1211

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	しづや はなこ	性別	男 ・ 女
児童氏名	渋谷 花子	生年月日	平成 20 年 5 月 1 日
在園施設名	渋谷区立 保育園		3 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	小児科医院	受診日	平成 24 年 2 月 1 日	病名	風邪
-------	-------	-----	-----------------	----	----

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 (株)	2月 2日(木)	9:00~20:00	11時間 分	10時間 分	1日の利用助成時間は、10時間までとします。
	2月 3日(金)	9:00~18:30	9時間 30分	9時間 30分	
	2月 6日(月)	9:00~18:00	9時間 分	9時間 分	
所在地	渋谷区宇田川町	~ : ~ :	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	1事由ごとの申請時間の合計において、1時間未満の端数は切り捨てになります。
利用に要した費用 (入会金、年会費、登録料などは除く)		59,530 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	29時間 30分	28時間	

4 申請金額

1時間当たり 1,000 円 × 申請時間合計 () 28 時間 (1時間未満は切り捨て)

上記3の申請時間合計 () により計算した金額を記入してください。(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。)

= 28,000 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
1	23年12月25日	10,000円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年間累計	10,000円

記入例

別記第5号様式(第6条関係)

病児・病後児保育利用料金助成金交付請求書兼口座振替依頼書

渋谷区長 殿

記入しないでください。

(審査後、助成決定日以降の日付
になります。)

平成 年 月 日

申請書と同じ

住所：

渋谷区	宇田川 町	1 番 1 号
氏名(保護者名)：	渋谷太郎 印	
電話：	03 3463 1211	

請求金額は、記入しないでください。

(審査後、助成金額を決定します。)

請求金額

--	--	--	--	--	--	--	--

捨印を
お願いします。

渋谷区病児・病後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	〇〇		銀行	△△ 支店						
			信用金庫 信用組合 農 協							
振込先口座 及び名義人	預金種目	普通・当座	口座番号 (右ツメ)	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	シ ャ タ ロ ウ								
	氏名	渋谷太郎								