

狛江市長 宛て

申請者（保護者）

住 所 狛江市

氏 名

電話番号

狛江市居宅訪問型病児・病後児保育利用料助成申請書

病児又は病後児における保育サービスの利用に伴い、居宅訪問型病児・病後児保育利用料を支払ったので、狛江市居宅訪問型病児・病後児保育利用料助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の申請をします。

なお、申請に当たり、狛江市が申請内容の確認のため、狛江市が保有する住民基本台帳を閲覧すること及び必要に応じ保育サービス事業者等へ照会することに同意します。

記

1. 対象児童

ふりがな			
児童氏名		生年月日	年 月 日
対象児童が通所している施設	保育園・幼稚園・小学校 年・在宅		

2. 受診医療機関名及び保育サービス事業者

病名		病気にり患した日	年 月 日
医療機関名	電話番号 ( )	受診日	年 月 日
保育サービス事業者名	電話番号 ( )	利用事由（該当事由に○） 1. 就労 2. 病気 3. 冠婚葬祭 4. その他 ( )	

3. 助成申請額（申請は、利用日から3箇月以内に行ってください。）

申請額	円
-----	---

必ず裏面に助成申請額明細を記載してください。

4. 区市町村民税が非課税世帯又は生活保護受給世帯（どちらかに○） 該当 ・ 非該当

【該当に○をした場合】市職員が税務担当課の世帯の資料を使用することに同意します。

氏名

世帯の生計中心者（上と異なる場合）

氏名

（裏面に続く。）

(裏面)

助成申請額明細

	利用月日	①利用時間	②基準額	③利用料金※2	④申請金額
		1時間未満切捨て	①×1,000円※1 (上限11時間)	入会金・年会費・交通費・クーポン利用分等を除く。	②, ③の いずれか低い額
利用内訳	月 日	時間	円	円	円
	月 日	時間	円	円	円
	月 日	時間	円	円	円
	月 日	時間	円	円	円
	月 日	時間	円	円	円
既に今年度決定した助成額 (1児童につき年度内上限44,000円※3) 円				申請金額合計 (助成申請額)	円

※1 非課税世帯又は生活保護受給世帯は、2,000円

※2 ③利用料金は、月会費に病児保育料が含まれており、その範囲で利用したときは、月会費を病児保育料として計上可能。なお、月会費に複数日分の利用料金が含まれるときは、当該日数で等分する。

※3 非課税世帯又は生活保護受給世帯は、上限88,000円

【添付書類】

確認欄	添付書類
<input type="checkbox"/>	医療機関の受診が分かるもの（領収書、お薬手帳の写し等）
<input type="checkbox"/>	保育サービス利用の領収書（写し不可）
<input type="checkbox"/>	保育サービス利用明細書等（利用日時、利用料金内訳等が分かるもの）
<input type="checkbox"/>	その他市長が必要と認める書類（例：区市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の場合で、1月1日現在住所が狛江市になかった者は、区市町村民税非課税証明書、受給者証等）