

記載例

令和 年 月 日


豊島区訪問型病児保育利用助成金交付申請書

豊島区長 殿

【申請者（保護者）】

請求書、口座名義と
同じ名前を記入

住所 豊島区南池袋2-45-1

氏名 保育 太郎 

電話番号 090-0000-0000

下記のとおり、ベビーシッターの派遣等による訪問型病児保育サービスの利用に伴い利用料を支払ったので、領収書、利用明細及び医療機関の診療を
助成金の申請をします。

なお、申請にあたり豊島区が申請内容確認のため、豊島区に
事業者及び医療機関へ照会することに同意いたします。

一度記入した箇所を訂正する時は、二本線を引いて消し、上から訂正印を押印してください。修正液や消せるボールペンは使用できません。

1. 対象児童

ふりがな	ほいく はじめ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
児童氏名	保育 一			
生年月日	平成・令和 元年 5月 5日 (歳 11か月)	在籍園名	としま保育園	

2. 受診医療機関名

医療機関名	〇〇こどもクリニック	電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
		受診日	令和 2 年 4 月 1 日
		病名	インフルエンザ

3. 利用した事業者等の名称・内容等

いまいちど、添付書類の有無をご確認ください。

事業所名	株式会社 〇〇
電話番号	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
利用理由	<input checked="" type="radio"/> 1. 就労 <input type="radio"/> 2. 冠婚葬祭 <input type="radio"/> 3. 家族の病気等

添付書類チェックリスト

<input checked="" type="checkbox"/>	ベビーシッター会社の領収書(原本)
<input checked="" type="checkbox"/>	病院を受診したことがわかるもの
<input checked="" type="checkbox"/>	病児保育の利用明細

※裏面「病児保育サービス利用内訳」をご記入ください。



「病児保育サービス利用内訳」

令和 年度

NO	利用月日	①利用料金	②申請金額 (1日上限2万円)	病名	豊島区記入欄
		入会金・年会費・登録料・ 交通費・その他費用は除く	①と2万円を比較して、 いずれか低い額		
1	4月1日	18,000 円	18,000 円	インフル エンザ	
2	4月2日	25,000 円	20,000 円	インフル エンザ	
3		円	円		
4		円	円		
5					
6					
7					
8					
9		円	円		
10		円	円		
		③申請金額 合計	38,000 円		

今回の合計申請額をご記入ください

【必要添付書類】

- ・病児保育利用の領収書
- ・利用日と時間が確認できる利用明細書等
- ・利用日前後 7 日以内に受診したことが分かる医療明細、

《注意事項》

- 医療機関の受診がない場合は助成の対象とはなりません。領収書、医師の処方箋に基づく薬袋、服薬説明書等の写しを添付してください。
- 入会金、年会費、登録料その他これに準ずる費用などは助成の対象外です。
- 病児保育用の領収書及び請求内容がわかる明細書（利用日ごとの利用時間及び利用料金が分かるもの）を添付してください。

助成金額は利用日ごとに算定し、下記の算定表に定める基準額と利用料金の額を比較し、いずれか低い金額を交付額とします。なお、審査の結果、助成決定額と異なる場合があります。

(算定表)

基準額	利用料金
児童一人当たり1日の病児保育サービス 利用時間（上限2万円）	病児保育サービスの利用に要した費用 ※月会費の中に該当月の利用料が含まれる場合はこれを該 当月の病児保育サービスの利用に要した費用とみなしま す。ただし、実際に病児保育サービスを利用した場合に限 ります。

※年間の助成上限額は10万円です。