



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）】

住所 豊島区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 

電話番号 \_\_\_\_\_

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受診したことを証する書類を添付して、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、豊島区が保有する住民基本台帳、利用した事業者及び医療機関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・令和 ( 年 月 日 )	年齢 ( 歳 月 日 )	在籍園名		

### 2. 受診医療機関名

医療機関名		電話番号
		( )
受診日	令和 年 月 日	病名

### 3. 利用した事業者等の名称・内容等

事業所名	
電話番号	( )
利用理由	1. 就労 2. 冠婚葬祭 3. 家族の病気等

### 添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/>	ベビーシッター会社の領収書(原本)
<input type="checkbox"/>	病院を受診したことがわかるもの
<input 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		円	円		
2		円	円		
3		円	円		
4		円	円		
5		円	円		
6		円	円		
7		円	円		
8		円	円		
9		円	円		
10		円	円		
		③申請金額 合計	円		

《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。