

豊島区訪問型病児保育利用助成金交付申請書兼口座振替依頼書

豊島区長

【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、本人確認書類を添付して、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。

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

1. 対象児童

Table with columns for furigana, child name, gender, birth date, and residence name.

2. 利用した事業者等の名称・内容等

Table with columns for business name, phone number, and reason for use.

添付書類チェックリスト

Checklist table with items like baby sitter receipt, hospital visit proof, etc.

3. 口座振替依頼書

Table for bank transfer request with fields for financial institution, branch, account type, and account holder.

児童氏名： _____

「病児保育サービス利用内訳」

(_____ 年度)

NO	利用月日	申請金額 (1日上限2万円)	病名	受診医療機関名	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		円			
2		円			
3		円			
4		円			
5		円			
6		円			
7		円			
8		円			
9		円			
10		円			
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、**割引を利用した場合、割引額が分かるもの**）を添付してください。

提出期限

利用日	提出期限
当該年度4月1日～翌年3月31日	当該年度3月31日まで 保育課到着必須 ただし1月～3月の利用については、翌年度4月～6月のそれぞれ利用日の3か月以内月末までは申請可能。この場合は申請年度の上限額内10万円からの助成となりますので、ご注意ください。

料金算定表

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。