

東京都北区病児・病後児保育利用料金助成金交付申請書

申請日 年 月 日

東京都北区長 殿

申請者(保護者) 住 所 北区
氏 名
電話番号 () 児童との続柄

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、領収書及び受診記録票等を添付して助成金の申請をします。なお、申請に当たり、北区が住所確認等を目的とした住民基本台帳の確認を行うことに同意するとともに、対象児童の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	性別	男 ・ 女
児童氏名	生年月日	年 月 日
在籍施設名	電話 ()	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	電話番号()	受診日	病名
		年 月 日	

3 利用した事業者名等の名称・内容等

利用事業者	利用年月日	利用時間	実績時間	申請時間 (1日10時間まで)	(※事務処理欄)
事業者名	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
所在地	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
電話番号 ()	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
利用事由 1 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
	年 月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
利用に要した費用 (入会金、年会費、登録料などは除く)		円	実績時間合計	申請時間合計(①) 分は小計後、1時間未満切り捨て	
(※事務処理欄) 助成対象費用		円	時間 分	時間	

4 申請金額

1時間当たり _____ 円 × 申請時間合計(①) _____ 時間
(1,000円が上限) = _____ 円 (年間上限額4万円)

5 年間助成履歴(4/1~3/31)

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。

交付決定日	助成額
月 日	円
月 日	円
月 日	円