

捨印として下の印鑑と同じもので押印してください



台東区居宅訪問型病児・病後児保育利用料助成金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

台東区教育委員会 殿

申請者（保護者）

住所 台東区東上野4-5-6

氏名 台東 太郎



電話番号 5246-〇〇〇〇

下記のとおり、居宅訪問型病児・病後児保育サービスの利用に伴い、保育利用料を支払ったので、領収書、利用明細及び医療機関での受診を証する書類を添付のうえ、助成金の交付を申請します。なお、申請にあたり、台東区教育委員会が申請内容確認のため、区が保有する住民基本台帳、住民税等の情報の確認及び利用事業者等へ照会することに同意いたします。

利用日時点での課税状況に〇をつけて下さい。

1. 対象児童

ふりがな	たいとう はなこ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
児童氏名	台東 花子		

2. 利用内容等 ※ 申請は、利用日から1年以内に行ってください。

利用日時	利用事業者名	受診医療機関	利用料	利用事由	課税状況
〇〇年〇月〇日 9:00~16:00	利用したベビーシッター事業者名	医療機関名 〇〇クリニック 受診日 〇〇年 〇月 〇日 病名 ヘルパンギーナ	14,000円	① 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等	1 生活保護 2 非課税 ③ 課税
〇〇年〇月〇日 9:00~18:00	利用したベビーシッター事業者名	医療機関名 〇〇クリニック 受診日 〇〇年 〇月 〇日 病名 ヘルパンギーナ	16,000円	① 就労 2 冠婚葬祭 3 家族の病気等	1 生活保護 ② 非課税 3 課税
無償化や勤務先等の福利厚生などにより、利用料に対して助成を受けている場合は、その金額		助成率は課税世帯：50%、住民税非課税世帯、生活保護世帯：100%となる為、利用料に助成率を掛けて助成対象額を算出してください。	同一年度（4月～3月利用）内に、この助成金の交付決定を受けている場合は、その金額		1 生活保護 2 非課税 3 課税

3. 助成金申請額

利用料合計(A)	他制度による助成額(B)	助成対象額(C) 課税世帯 / 保護・非課税世帯 (A-B) ÷ 2 / (A-B)	同一年度利用の既助成交付決定額(D)	助成申請額 上限4万円/年
30,000円	0円	23,000円	15,000円	入力不要 円