

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

年 月 日

台東区教育委員会 殿

申請者（保護者）

住 所 台東区 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

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。

1. 対象児童

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童氏名			

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
年 月 日 : ~ :		医療機関名 _____ 受診日 年 月 日 病 名 _____	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
年 月 日 : ~ :		医療機関名 _____ 受診日 年 月 日 病 名 _____	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
年 月 日 : ~ :		医療機関名 _____ 受診日 年 月 日 病 名 _____	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

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
円	円	円	円	円