

文京区長 殿

文京区訪問型病児・病後児保育利用料助成金交付申請書兼口座振替依頼書

〒

申請者（保護者） 住 所 _____
 氏 名 _____ ⑩
 電話番号 _____
 メール _____ @

文京区訪問型病児・病後児保育利用料助成金の交付を受けたいので、申請をします。
 なお、申請に当たり、文京区が申請内容確認のため利用した事業者及び医療機関へ照会すること及び課税台帳により所得状況を閲覧調査することに同意いたします。
 また、交付決定された場合には、以下の口座にお振り込みください。

1 対象児童

フリガナ										
児童氏名										
生年月日	年 月 日（ 歳 か月）									
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協									支店
	金融機関コード				支店コード(店番号)					
振込先口座及び名義人	預金種目	普通・当座			口座番号(右ツメ)					
	フリガナ									
	口座名義人	(申請者以外の口座への振込みの場合は、別途委任状を添付すること。)								

2 利用した訪問型病児・病後児保育サービス内容等

別表のとおり（ 年度分）

3 要綱第4条第2項の該当の有無

- ・申請時点で生活保護を受給していますか。 はい いいえ
- ・前年度の区市町村民税は非課税世帯ですか。 はい いいえ

4 助成申請額

項 目	金 額	文京区記入欄
(A) 保育利用料の合計（別表の合計額）	円	
(B) 勤務先の福利厚生等により、別表の保育利用料に対して助成を受けた額	円	
(C) 助成対象額 (A - B) ÷ 2* (1円未満切捨て)	円	
(D) 同一年度の既助成交付決定額	円	
(E) 助成申請額（年度内上限額4万円）	円	

※要綱第4条第2項に該当する場合は、A - Bの額とする。

別 表

利用日時	利用事業者	受診医療機関	保育利用料
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
年 月 日 : ~ :		医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円
合 計			円

【区処理欄】

住記		宛名 番号							住登 年月日	
----	--	----------	--	--	--	--	--	--	-----------	--

台帳	
----	--