

※申請日

年 月 日

記入例

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

※朱肉を使用する印鑑を押してください。

〒

申請者(保護者) 住所 文京区 春日1-16-21 △△ハイツ501

氏名 文京太郎 (印)

電話番号 (03) 5803 - XXXX

メール bunkyo @xx.xx.jp (捨印)

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	ブンキョウ ハナコ						
児童氏名	文京 花子						
生年月日	△△年 △△月 △△日 (△歳 △△か月)						
振込先金融機関	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇〇	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)	1	2	3	4
	フリガナ	ブンキョウ タロウ					
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。) 文京太郎						

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 (〇〇 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

「はい」を選択した場合は、前年度住民税非課税証明書(写し)又は生活保護受給証明書(原本)を添付してください。

4 助成申請額

項目	金額
(A) 保育利用料の合計 (別表の合計額)	54,860 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	5,000 円
(C) 助成対象額 (A - B) ÷ 2* (1円未満切捨て)	24,930 円
(D) 同一年度の既助成交付決定額	0 円
(E) 助成申請額 (年度内上限額4万円)	24,930 円

文京区記入欄

クーポンによる支払や勤務先の福利厚生等の助成を受けたことがわかるもの(写し)を添付してください。

※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
令和元年5月6日 9:00 ~ 17:55	△△法人 〇〇〇〇〇	医療機関名：△△小児科 受診日：令和元年5月4日	18,760円
令和元年5月7日 9:30 ~ 16:30	//	医療機関名：同上 受診日： 年 月 日	14,780円
令和元年5月15日 8:30 ~ 18:45	//	医療機関名：△△小児科 受診日：令和元年5月10日	21,320円
年 月 日 : ~ :			円
年 月 日 : ~ :		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			54,860円

※入会金・年会費・月会費その他これらに準じる費用は助成の対象になりません。ただし、これらの費用に保育利用料が含まれる場合、利用したサービスの保育利用分は助成対象となります。
※ベビーシッターの往復交通費は助成対象に含まれます。