

文京区長 殿

文京区多胎児家庭サポーター事業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 _____ ①

文京区多胎児家庭サポーター事業利用料助成金交付要綱第6条の規定により、以下のとおり申請します。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。

なお、申請に当たり、申請内容の確認のため、利用した事業者及び医療機関へ文京区が照会することに同意いたします。

1 対象児童及び振込先の口座

フリガナ				
児童名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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	(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。)		
	口座名義人			

2 利用したサポート内容等

別表のとおり（ 年 月分）

3 領収書の確認

添付した領収書は他の制度による助成申請に使用していませんか。 はい いいえ

4 助成申請額

項 目	金 額	文京区記入欄
(A) 利用料の合計	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) 助成申請額※ (A-B)と(1時間あたり2,700円を利用時間に 乗じた額)を比較して少ない方の額	円	

【区処理欄】

住 記	宛名 番号	住登 年月日	台帳
-----	----------	-----------	----

別 表

利用日時	利用事業者 ※ サポート内容に○をしてください。	病児・病後児対応 ※ 有の場合は、利用日の前後1日以内に受診したことが分かる資料を添付してください。	利用料 (A)	勤務先の福利厚生等により助成を受けた額(B)	助成申請額 (C)
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
年 月 日 : ~ : (時間)	ベビーシッター 家事支援 産後ドゥーラ	有 ・ 無 医療機関名 : 受診日 : 年 月 日	円 1時間当たり : 円	円	円
合 計			円	円	円