

瑞穂町長 あて

瑞穂町病児・病後児保育利用料補助金交付申請書兼請求書

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

電話番号

下記のとおり、病児又は病後児における保育サービスの利用に伴い利用料を支払ったので、瑞穂町病児・病後児保育利用料補助金交付要綱第7条の規定により、補助金の申請及び請求をします。

なお、申請に当たり、瑞穂町が申請内容の確認のため、瑞穂町が保有する住民基本台帳、住民税の情報を閲覧すること、必要に応じ保育サービス事業者及び医療機関へ照会することに同意します。

記

1 対象児童

フリガナ		生年月日	年 月 日
児童氏名			
対象児童が通所している施設			

2 受診医療機関名

医療機関名	①	電話番号	①
	②		②
	③		③
受診日	①	病 名	①
	②		②
	③		③

3 保育サービス事業者

保育サービス事業者名	①	電話番号	①
	②		②
	③		③
利用事由 ※該当する事由に○をしてください。	① 就労 ・ 病気 ・ 冠婚葬祭 ・ その他（ ）		
	② 就労 ・ 病気 ・ 冠婚葬祭 ・ その他（ ）		
	③ 就労 ・ 病気 ・ 冠婚葬祭 ・ その他（ ）		

4 【世帯の状況】該当する場合は、☑をしてください（児童を含め同一世帯の方全員について記入してください。）。

- 市町村民税非課税世帯 生活保護世帯 ひとり親世帯
 ひとり親で児童扶養手当受給世帯 身体障害者手帳交付世帯 愛の手帳（療育手帳）交付世帯
 特別児童扶養手当受給世帯 障害基礎年金受給世帯 精神障害者保健福祉手帳交付世帯

（裏面に続く。）

5-1 保育サービス利用内訳（訪問型病児・病後児保育サービス分）

利用日時	利用料金 (a)	補助金額の算出(b)	申請金額 (c)
	入会金・年会費・登録料・ 交通費・その他費用は除く	(a)×4/5 (1円未満切捨て) ※ただし、表面4の【世帯の状況】で、☑ がある場合は、(a)の金額をそのまま記入	(b)と25,000円を比較し、 いずれか少ない金額
年 月 日 : ~ :	円	円	円
年 月 日 : ~ :	円	円	円
年 月 日 : ~ :	円	円	円
※児童1人につき年度の上限額は、50,000円		申請金額小計①	円

5-2 保育サービス利用内訳（施設型病児・病後児保育サービス分）

利用日時	①利用料金	②補助金額の算出	③申請金額
		①×1/2 (1円未満切捨て) ※ただし、表面4の【世帯の状況】で、☑ がある場合は、①の金額をそのまま記入	
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
		申請金額小計②	円

※表面の4の【世帯の状況】で、☑がある世帯を除き、利用料金が、施設の所在市町村に居住する方が当該施設を利用した際の利用料金と同額の場合は、補助対象外となります。

6 補助金申請金額

申請金額合計	円
(申請金額小計① + 申請金額小計②)	

7 振込先

金融機関名	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
銀行・信用金庫	支店	<input type="checkbox"/> 座番号	
農協・信用組合	出張所	<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)	

【添付書類チェックリスト】

確認欄	添付書類
<input type="checkbox"/>	保育サービス利用の領収書
<input type="checkbox"/>	保育サービス利用明細書等（利用時間、保育料、交通費等の利用料金の内訳等が分かるもの）
<input type="checkbox"/>	医療機関を受診したことが分かる書類
<input type="checkbox"/>	その他町長が必要と認める書類 ※該当者のみ （例：市町村民税非課税世帯で、1月1日現在住所が瑞穂町になかった場合は、1月1日時点住民登録のあった市町村で発行される課税非課税証明書）