

病児・病後児保育派遣費用助成金申請書

年 月 日

千代田区教育委員会教育長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

病児・病後児保育派遣費用経費を支払ったので、千代田区病児・病後児保育派遣費用助成事業実施要綱第5条に基づき領収書等を添付して下記のとおり、助成金の申請をします。

記

1 対象となる子ども

(1) 氏名 ^{ふりがな} _____

(2) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(3) 病名 _____

(4) 対象要件（該当するものに○印を）※要件を満たさない場合は助成の対象とはなりません。

- ・保育所に通所（保育所名： _____）
- ・学童クラブを利用
- ・その他（ _____）

2 利用した内容、事業者名、支払額

利用月日	時 間	利用事業者	支払額
年 月 日	: ~ :		円
年 月 日	: ~ :		円
年 月 日	: ~ :		円
年 月 日	: ~ :		円
合 計			円

※医療機関の受診がない場合は助成の対象となりません。

※年会費、登録料等については原則として助成対象外です。

※申請内容の確認のため、利用事業者へ照会する場合がありますのでご了承ください。

※区が施設等利用費を支払ったときその他当該保護者が施設等利用費に相当する額の補填を受けたときは、派遣に要した費用は助成できません。

※助成金の二重支給を防ぐため、本申請に係る情報を児童・家庭支援センターと共有する場合があります。