

様式第1号（第7条関係）

西宮市訪問型病児・病後児保育利用料金助成金交付申請書兼同意書

〇〇年〇〇月〇〇日

(提出先)

西宮市長

申請者（保護者） 住所 西宮市六湛寺町〇〇-〇〇

氏名 西宮 太郎 (印)

電話番号 (〇〇) △△ - 〇〇〇

下記のとおり、訪問型病児・病後児保育利用に伴い派遣費用を支払ったので、領収書及び医療機関の受診を証明する書類を添付して助成金の申請をします。

なお、申請に当たり、申請内容確認のため、住所等の確認を目的として、西宮市が保有する住民基本台帳を確認することに同意するとともに、利用事業者等へ照会することに同意します。

1 対象児童

ふりがな	にしのみや はなこ	性別	男・女
児童氏名	西宮 花子	生年月日 (年齢)	〇〇年〇〇月〇〇日 (◇ 歳)

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 助成申請額

項目	金額	※西宮市記入欄
(A) 保育利用料の合計	49,860円	
(B) 勤務先等の福利厚生などにより別表の保育利用料に対して助成を受けた額	0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	

別 表

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。

利用日	利用事業者	受診医療機関	利用保育料
□□年4月15日	○○○○○	医療機関名：△△小児科 受診日：□□年4月14日	18,760円
□□年4月16日	同上	医療機関名：同上 受診日： 年 月 日	14,780円
□□年4月28日	同上	医療機関名：△△小児科 受診日：□□年4月26日	16,320円
年 月 日		医療機関名： 受 遣前後7日以内に 医療機関で受診して いることが必要です。 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			49,860円