

訪問型病児・病後児保育利用料助成申請書兼口座振替依頼書

目黒区長 宛て

申請者（保護者） 住所

氏名

印

電話番号

下記のとおり、訪問型病児・病後児保育利用（病児・病後児対応ベビーシッターの利用）に伴い利用料を支払ったので、領収書及び受診証明書等を添付して助成金の申請をします。なお、申請に当たり、目黒区が対象児童の入所や在籍状況を確認すること及び申請内容確認のため、利用事業者、医療機関等へ照会することに同意いたします。

1. 対象児童について

ふりがな		男	生年月日	年	月	日
児童氏名		女	(西暦)			
在籍園名	(歳児クラス)					

2. 口座情報について

交付決定された助成金について、下記の口座への振り込みを希望します。

振込先 金融機関			銀行	本店
			信用金庫	
			信用組合	
金融機関コード	支店コード	預金科目	口座番号	
		普通		
フリガナ				
口座名義人				

※申請者と口座名義人は同一にしてください。

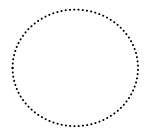
3. 受診医療機関・病名（事由）について ※受診が無い場合は助成の対象とはなりません。

医療機関名		電話番号	— —	病名	
-------	--	------	-----	----	--

4. 添付書類

捨印

	受診証明書（第2号様式）若しくは医療機関を受診したことが分かる書類
	ベビシッター事業者の領収書及び利用明細書（領収書に明細があるものも可）
	ベビシッター事業者の料金表（事業者のホームページを印刷したものも可）



添付書類の詳細については、【訪問型病児・病後児保育利用料助成制度のご案内】をご確認ください。

※裏面についてもご記入ください

5. 利用したベビーシッター事業者について

事業者名		電話番号	-	-
------	--	------	---	---

6. ベビーシッターの利用に要した金額 _____ 円

7. 利用内容について ※1事由につき、1申請となります。

	利用月日	利用時間	利用時間数【A】	申請時間数【C】 (1日最大10時間まで)	目黒区 記入欄
1	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
2	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
3	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
4	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
5	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
6	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
7	月 日()	: ~ :	時間 分	時間 分	
			実績時間合計【B】 (Aの合計)	申請時間合計【D】 (Cの合計、1時間未满是切り捨て)	
			時間 分	時間 分	

8. 申請金額

【5. ベビーシッターの利用に要した金額】を超えて申請は出来ません。

1時間当たり1,000円 × 申請時間合計【D】 _____ 時間 ※年間上限時間40時間

= _____ 円 (申請金額) ※年間上限額40,000円

9. 年間助成履歴

対象児童について今年度、既に助成を受けたことがある場合はご記入ください。

助成決定日	助成決定額
月 日()	円
月 日()	円
月 日()	円

捨印



記入にあたりご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

目黒区役所 子育て支援部保育課保育係

訪問型病児・病後児保育利用料助成担当

03-5722-9865