

（申請先）茨木市長

保護者住所

保護者氏名

㊟

※自署の場合は押印不要

茨木市訪問型病児・病後児保育利用料補助金交付申請書兼同意書

茨木市訪問型病児・病後児保育利用料補助金の交付を次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、茨木市が申請内容の確認及び交付決定額算定のため、茨木市が保有する住民基本台帳及び地方税法関係情報（同一世帯の情報を含む。）を取得することに同意するとともに、利用した事業者及び医療機関へ利用の状況を照会することに同意します。また、茨木市訪問型病児・病後児保育利用料補助金交付要綱を遵守します。

1 対象児童

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	年 月 日
在籍施設名			

2 受診医療機関

医療機関名		電話番号 ()
受診日	年 月 日	病名

3 添付書類

- (1) 領収書
- (2) 病児・病後児保育の利用明細書
- (3) 医療機関を受診したことがわかるもの
- (4) 生活保護証明書（生活保護世帯のみ）
- (5) 支援給付証明書（中国残留邦人支援給付受給世帯のみ）
- (6) 里親であることを証明する書類（保護者が児童福祉法第6条の4第1項に規定する里親である世帯のみ）
- (7) 市町村民税非課税証明書（市町村民税非課税世帯のみ）

4 利用した事業者等の名称・内容等

事業者名	
所在地	
電話番号	

病児・病後児保育サービス利用内訳

No.	利用月日	①利用時間	②基準額	③利用料金	④申請額
		1時間未満の端数は切り捨てる	①×1,000円 ※市町村民税非課税世帯等は①×2,000円	病児・病後児保育サービス ※入会金・年会費・登録料・交通費などを除く。	②と③の額を比較し、いずれか低い額
1	年 月 日	時間	円	円	円
2	年 月 日	時間	円	円	円
3	年 月 日	時間	円	円	円
4	年 月 日	時間	円	円	円
5	年 月 日	時間	円	円	円
6	年 月 日	時間	円	円	円
7	年 月 日	時間	円	円	円
⑤申請金額 合計					円

補助金額は利用日毎に算定し、下記の算定表に定める基準額と利用料金の額を比較し、いずれか低い額を交付します。

(算定表)

基準額	利用料金
児童一人あたり1日の病児・病後児保育サービス利用時間（1時間未満の端数は切り捨てる。）×1,000円 ※ 市町村民税非課税世帯等は×2,000円	病児・病後児保育サービスの利用に要した費用 ※月会費の中に当該月の利用料が含まれる場合は、これを当該月の病児保育サービスの利用に要した費用とみなします。ただし、実際に当該サービスを利用した場合に限ります。

《注意事項》

- (1) 医療機関の受診のない場合は、補助の対象となりません。領収書、医師の処方に基づく薬袋、服用説明書等（写し可）を添付してください。
- (2) 入会金、年会費、登録料その他これらに準ずる費用などは補助対象外です。
- (3) 複数の事由がある場合は、申請書を別に記入してください。