別記様式（第5条関係）

病児病後児保育助成事業申請書

　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長　様

申請者　所　属

職　名

氏　名 　　　　　 印

　下記のとおり病児病後児保育施設を利用しましたので、病児病後児保育助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき申請します。

記

１　利用施設名

２　利用年月　　　　　　　　年　　　　月

３　利用対象児童　　　　　　　　　　　　（すぎのこ園利用の有無：　有　　無　）

４　申請金額等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象月の  利用日数（Ａ） | 一月の  利用料金（Ｂ） | 自己負担額  （Ｃ） | 助成対象費用  （Ｄ） | 申請金額  （Ｅ） |
| 日 | 円 | 円 | 円 | 円 |

※（Ａ）：利用年月において助成対象施設を利用した日数。

（Ｂ）：対象月に助成対象施設へ支払った料金。

（Ｃ）：無償化上限額を超えて認可外保育施設に支払った額。

（Ｄ）：自己負担額（Ｃ）がない場合は一月の利用料金（Ｂ）。自己負担額がある場合は、一月の利用料金（Ｂ）と自己負担額（Ｃ）のいずれが低い額

（Ｅ）：助成対象費用（Ｄ）と1,000円（すぎのこ園利用者にあっては2,000円）に対象月の利用日数（Ａ）を乗じて得た額のいずれか低い額。

５　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込銀行・支店名 | 口座名義（ｶﾀｶﾅ） | 口座番号 | 備考 |
|  |  |  |  |

　　※　 給与振込口座と異なる場合や振込先を変更する場合は、通帳の写しを添付してく

ださい。

（裏面も記入してください）

６　幼児教育・保育の無償化との調整について

　　（当てはまるものについて✓又は記入してください。）

　　□　利用対象児童は幼児教育・保育の無償化の対象外の子どもである。

　　　⇒　理　由

□　小学校に就学している。

□　就学前の子どもだが、保育の必要性の認定を受けていない。

□　住民税非課税世帯でない。（利用対象児童が０～２歳児の場合に限る）

　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□　利用対象児童は幼児教育・保育の無償化の対象の子どもであるが、助成対象費用の全部又は一部については、無償化の対象外である。

⇒　理　由

□　主に認可外保育施設以外の施設を利用している。

（認可保育施設や認定こども園など）

□　主に認可外保育施設を利用しているが、既に無償化上限額を超えて利用料を支払っている。（助成対象施設利用月における他の認可外保育施設に係る利用料を確認できる領収証又は提供証明書等を添付すること）

　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 申請期限は、利用月が属する四半期の翌四半期末日までとなります。