

表面

病児・病後児保育対策事業に関する補助金交付申請書

年 月 日

多治見市長

住 所	多治見市
保護者氏名	(※) (※)本人が自署しないときは、押印してください。
ふりがな	
児 童 氏 名 生 年 月 日	年 月 日 生
保 育 所 等 名	
電 話 番 号	—

病児・病後児保育対策事業に関する補助金の交付を申請します。

この申請内容を審査するに当たり、市長が必要な範囲内において、世帯の状況及び市税等の納付状況を確認することに同意します。

世帯の状況

多子世帯（18歳未満の子を3人以上扶養する世帯）	該当する	該当しない
生活保護世帯	該当する	該当しない

※ 「該当する」「該当しない」のいずれかに○を付してください。

補助金交付申請額（利用料）

利用日	実施施設名	補助金交付申請額 ※1※2
月 日		
月 日		
月 日		
計		円

※1 補助金交付申請額は、利用した施設に支払った病児・病児病後児保育利用料（飲食物費、消耗品等の購入代金を除く。以下同じ。）から2,000円を引いた額に1/2を乗じた額（その額が0円を下回る場合は0円）となります（100円未満切り捨て。1疾病の補助限度額は20,000円）。

※2 多子世帯又は生活保護世帯については、病児・病後児保育利用料の全額が補助金交付申請額となります。

※ この補助を受けるには、病児・病後児保育利用料の領収書及び医師の診断書が必要です。

裏面

補助金交付申請額（診断書）

取得日	医療機関名	診断書料※1	補助金交付申請額
月 日			1,000円

※1 受診した医療機関に、診断書作成代金として支払った金額が1,000円以上の場合に記入。

※ この補助を受けるには、診断書料が記載された領収書のコピーが必要です。