別紙様式１

受付番号

病児保育利用補助事業利用申請書

　　年　　月　　日

ダイバーシティ推進センター長　殿

病児・病後児保育実施施設を利用しましたので、令和４年度病児保育利用補助事業実施要項に基づき、つぎのとおり申請します。

（太枠内を記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | | 連絡先（内線） | | |  | | |
| 所　　属 |  | | | 職　　名 | | |  | | |
| 利用施設名 |  | | | | | | | | |
| 利用した子の氏名 | | |  | | | | | （　　　歳） | |
| 申請理由 | | | ※本学の業務上の都合により当該事業を利用する旨を具体的に記載ください。 | | | | | | |
| 利用日 | ➀ | 年　　月　　日 | | 利用料金 | |  | | | 円 |
| ② | 年　　月　　日 | |  | | | 円 |
| ③ | 年　　月　　日 | |  | | | 円 |
| 病児・病後児保育利用料金　合計 | | | | | |  | | | 円 |
|  | | | | | 補助額 |  | | | 円 |

※この申請書に記載された事項は、申請の審査以外の目的には使用しません。

○添付書類：➀病児・病後児保育事業者に支払った料金の領収書

②病児保育を利用したことが分かる書類の写し（保育利用申込書等）

○補助額の上限は、利用した子1人あたり１日の利用につき2,000円、

補助事業期間内では１家庭あたり10,000円です。