

	事務長	所属長

病児保育料補助申請書

() 年 () 月度

倉敷医療生活協同組合 理事長 様

申請日 年 月 日
※原則翌月10日までに人事総務課まで申請のこと

申請者 事業所

個人コード

職 種

氏 名

印

対象児	氏名	生年月日	年	月	日	(歳)
	氏名	生年月日	年	月	日	(歳)
	氏名	生年月日	年	月	日	(歳)
病児保育施設						
利用日	(記入例) 4/1 (月)	/	/	/	/	/
勤務	日勤					
補助対象：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士が、職場長の指示でやむを得ず病児保育を利用したとき、病児保育料の全額を補助します。(雇用区分は問わない) 申請方法：病児保育利用にかかる保育園の証明を下欄へ受けるか、または同じ内容を証明できる領収書等の写しを添付して、所属長に提出してください。 対象児：小学校就学前までが対象です。						

※病児保育利用証明（施設記載欄）		
対象児氏名	当該月の利用日（例；4/1(月)）	病児保育料（円）
		円
		円
		円
() 年 () 月度 合計		円

上記のとおり、証明します。

施 設 名

代表者名 Ⓜ

[人事総務課使用欄]		入力	確認	差分確認	
支給年月：	年 月			当月	翌月
支給額：					
(その他課税1)					