

家事支援サービス補助事業利用申請書

(様式1)

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日)

年

月

日

ふりがな		職員番号	
申請者氏名			
所属・職位		子の人数	
連絡先	PHS（内線）		
	E-mail		

家事代行業者			
利用日時	月 日（ ）： ～： （計 時間）		
サービス内容 ※あてはまるものに チェック	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 片づけ	<input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 買い物
利用料金	円 次の料金を含む ※あてはまるものがあればチェック <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> その他（下記に記載）		
サービスが 必要な理由 ※あてはまるものに チェック	<input type="checkbox"/> 勤務日（当直・土日祝日出勤）		<input type="checkbox"/> 仕事関連（当直明け・外勤・研修／学会）
	<input type="checkbox"/> 仕事以外の用事		<input type="checkbox"/> 申請者や家族のリフレッシュ
	<input type="checkbox"/> その他（右記に記載）		

利用料金の支払者が申請者と異なる場合は記入してください。

支払者氏名・続柄	(続柄：)
----------	--------

(記入上の注意)
利用毎に1枚提出してください。

- (添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
- ①対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】
 - ②家事代行業者に支払った利用料金の領収書（原本）
 - ③配偶者の就業証明書（フルタイムに相当する場合のみ）

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

補助決定額： 円

センター長	担当	管理課	受付印

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日) 2025 年 月 日

ふりがな	かんさい はなこ	職員番号	×××××××
申請者氏名	関西 花子		
所属・職位	附属病院 科 助教	子の人数	2人
連絡先	PHS (内線)	99999	
	E-mail	abcdefg@gmail.com	

家事代行業者	△△△△△△△△△		
利用日時	月 日 (土) 10 : 00 ~ 12 : 00 (計 2 時間)		
サービス内容 ※あてはまるものに チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 片づけ <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 買い物		
利用料金	10,000 円 次の料金を含む ※あてはまるものがあればチェック <input checked="" type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> その他 (下記に記載)		
サービスが 必要な理由 ※あてはまるものに チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務日 (当直・土日祝日出勤) <input type="checkbox"/> 仕事関連 (当直明け・外勤・研修／学会)		
	<input type="checkbox"/> 仕事以外の用事 <input type="checkbox"/> 申請者や家族のリフレッシュ		
	<input type="checkbox"/> その他 (右記に記載)		

利用料金の支払者が申請者と異なる場合は記入してください。

支払者氏名・続柄	(続柄：)
----------	--------

(記入上の注意)
利用毎に1枚提出してください。

(添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
①対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】
②家事代行業者に支払った利用料金の領収書 (原本)
③配偶者の就業証明書

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

補助決定額： 円

センター長	担当	管理課	受付印