

## 家事支援サービス補助事業利用申請書

(様式Ⅰ)

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		その他(下記に記載) <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/>	
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)

センター長	担当	管理課	受付印

補助決定額: 円

## 【記入例】

## 家事支援サービス補助事業利用申請書

(様式Ⅰ)

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)

センター長	担当	管理課	受付印

補助決定額 : 円