

## 託児等費用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					
連絡先	PHS(内線)				
	E-mail				
子どもの氏名・年齢・(小学生の場合)学年			歳	(小学校)	年
			歳	(小学校)	年
			歳	(小学校)	年
利用保育事業者					
利用日時	月 日 ( )	:	~	:	(計) 時間)
保育料金(A)	円	本補助以外の 補助利用の有無 (○を付す)	有 (B)	円	無
本補助による補助 対象額(A-B)	円				
託児等が 必要な理由	※業務内容(入試、学会発表、診療業務等)の詳細、業務先の託児の有無についても記載				
講座主任の承認	講座主任氏名 <span style="float: right;">印</span>				

保育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)

- ①利用毎に1枚提出してください。
- ②子どもの氏名欄には託児等を利用した子のみ記載してください。

(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保育事業者に支払った保育料金の領収書等
- ③(本補助以外の補助利用がある場合)他の補助による補助金額がわかる書類の写し

(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】

## 託兒等費用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長 殿

(申請日) 2025 年 ● 月 ● 日

保育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)

- ①利用毎に1枚提出してください。  
②子どもの氏名欄には託児等を利用した子のみ記載してください。

(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保育事業者に支払った保育料金の領収書等
  - ③(本補助以外の補助利用がある場合)他の補助による補助金額がわかる書類の写し

(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