

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 ⑩					

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)

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 たろう		職員番号	×××××××		
申請者氏名	関西 太郎					
所属・職位	附属病院 科 講師					
連絡先	PHS (内線)	99999				
	E-mail	abcdefg@gmail.com				
子どもの氏名・ 年齢・(小学生の 場合)学年	関西 一郎		4	歳	(小学校 年)	
	関西 花子		7	歳	(小学校 2 年)	
				歳	(小学校 年)	
利用保育事業者	△△△△△△△△					
利用日時	○ 月 ○ 日 (日) 9 : 00 ~ 16 : 00 (計 7 時間)					
保育料金 (A)	15,000 (2名分)	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)	15,000 (2名分)				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 例) ○月○日 (日) に本学医学部一般選抜試験 (前期) の試験監督として従事するため ○月○日 (日) 日直のため					
講座主任の承認	講座主任氏名 鈴木 太郎				鈴木	

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)

補助決定額: 円

センター長	担当	管理課	受付印