

家事支援サービス補助事業利用申請書

(別紙様式)

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	☐ 掃除	☐ 片づけ	☐ 料理	☐ 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 ☐ 交通費 ☐ 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	☐ 勤務日 (当直・土日祝日出勤)		☐ 仕事関連 (当直明け・外勤・研修／学会)		
	☐ 仕事以外の用事		☐ 申請者や家族のリフレッシュ		
	☐ 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) 【初回利用時のみ】

(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	受付印

補助決定額： 円

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日) 2026 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	☒ 掃除	☐ 片づけ	☐ 料理 ☐ 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 ☒ 交通費 ☐ 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	☒ 勤務日 (当直・土日祝日出勤)		☐ 仕事関連 (当直明け・外勤・研修／学会)
	☐ 仕事以外の用事		☐ 申請者や家族のリフレッシュ
	☐ 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)【初回利用時のみ】

(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	受付印

補助決定額： 円