

広島大学病児・病後児保育利用料補助事業実施要領

平成23年9月30日

理事(財務・総務担当)決裁

(趣旨)

第1 この要領は、広島大学(以下「本学」という。)の職員の就業及び家庭生活の両立を支援するため、職員が病児・病後児保育施設を利用する場合の利用料の補助に関して必要な事項を定めるものとする。

(利用対象職員)

第2 この要領に基づく病児・病後児保育利用料補助事業(以下「補助事業」という。)の利用対象となる職員は、本学に在職する職員のうち、学内外の保育園を利用している者又は就業若しくは介護等の事由により、その保育すべき乳幼児を家庭で保育することができない者とする。

(対象となる乳幼児等)

第3 補助事業の対象となる子は、利用対象職員の子のうち、6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子で、病気や怪我又はその回復期のため、集団保育が困難な乳児及び幼児とする。(以下「乳幼児」という。)

(実施期間)

第4 補助事業は、1年度を単位として実施する。

(利用の申請)

第5 補助事業の利用を希望する者は、実施期間ごとに理事(霞地区・教員人事・広報担当)(以下「理事」という。)に対して病児・病後児保育利用料補助事業利用申請書(別記様式第1号の1又は別記様式第1号の2。以下「申請書」という。)を提出するものとする。

(補助の内容)

第6 申請書を提出した者(以下「申請者」という。)が、病児・病後児保育のため次の各号に掲げる病児・病後児保育施設(以下「保育施設」という。)を利用した場合、乳幼児1人1回につき保育料金(登録料・食事代・容器等消耗品に係る料金は含まない。以下同じ。)として支払った費用の3分の2を超えない額(10円未満切り捨て)と1,000円のいずれか低い額を補助金として申請者に支払うものとする。ただし、乳幼児1人あたり、実施期間につき16回を限度とする。

(1) 全国病児保育協議会に加盟している保育施設

(2) 市区町村が実施する、病児又は病後児に係る保育事業において指定された保育施設

(3) 前2号に規定する保育施設以外で、理事が認める保育施設

2 利用定員、対象児童、利用時間、利用の申込方法、保育料金等は、保育施設の規定によるものとする。

(保育施設の利用申込み等)

第7 保育施設の利用の申込み及び利用料金の支払いは、申請者が直接保育施設に対して行うものとする。

(補助金の請求)

第8 保育施設を利用した申請者は、病児・病後児保育利用料補助金請求書(別記様式第2号の1又は別記様式第2号の2。以下「請求書」という。)に、次に掲げる書類を添付して、当月分を一括して翌月末までに、理事あてに請求するものとする。

(1) 領収書(原本)

(2) 病児・病後児保育を利用したこと及び利用した乳幼児の氏名が確認できる書類(領収書で確認できるときは、省略できるものとする。)

(事務)

第9 補助事業の事務は、関係部局等の協力を得て、財務・総務室人事部福利厚生グループにおいて処理する。

附 則

- 1 この要領は、平成23年10月1日から施行する。
- 2 この要領の第4の規定にかかわらず、平成23年度の利用者の募集に限り、「毎年4月」とあるのは「平成23年10月」と、「当該年度」とあるのは「平成23年10月1日から平成24年3月31日まで」と読み替えるものとする。
- 3 この要領の第7ただし書の規定にかかわらず、平成23年度の補助に限り、「1年度につき16回」とあるのは、「1年度につき8回」と読み替えるものとする。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月25日から施行し、この要領による改正後広島大学病後児保育利用料補助事業実施要領の規定は、平成31年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和2年5月26日から施行し、この要領による改正後広島大学病後児保育利用料補助事業実施要領の規定は、令和2年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和5年4月6日から施行し、この要領による改正後広島大学病後児保育利用料補助事業実施要領の規定は、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

病児・病後児保育利用料補助事業利用申請書

年 月 日

広島大学理事・副学長（霞地区・教員人事・広報担当） 殿

病児・病後児保育利用料補助事業を利用したいので，広島大学病児・病後児保育利用料補助事業実施要領第5の規定に基づき次のとおり申請します。

申請年度	年 度		
ふりがな		職員番号	
申請者氏名			
配属又は所属		職 名	
E-mail		内線番号	

病児・病後児保育利用料補助事業の利用を希望する乳幼児				
(注) 保育園を利用していない場合は、「乳幼児を家庭で保育することができない理由」の欄を記入してください。				
1	ふりがな			
	乳幼児氏名			
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	所属の保育園			
2	ふりがな			
	乳幼児氏名			
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	所属の保育園			
3	ふりがな			
	乳幼児氏名			
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	所属の保育園			
乳幼児を家庭で保育することができない理由（該当する理由の欄に○を付けて，必要事項を記入してください。）				
	両親とも就労	配偶者＊の勤務先： 勤務形態： 週 日勤務 ・ 1日 時間勤務		
	介護のため	介護が必要な者の氏名 ・ 続柄		
	その他	家庭で保育することができない理由を詳細に記載してください。		

- 旧姓使用の方は，旧姓で申請してください。
- 手書きの場合は楷書ではっきりと書いてください。
- 申請書の個人情報は，病児・病後児保育利用料補助事業の運営のために用い，他の目的に使用することはありません。

＊ 「配偶者」には，性の多様性に関する理念と対応ガイドライン・LGBT等の学生と教職員を包摂するキャンパスを目指して・(令和4年12月27日役員会承認)に示すパートナーシップを証明する書類により証明されるパートナーを含みます。

**Application Form for Financial Support Program
for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants**

Date: / /
(MM / DD / YYYY)

To Executive Vice President (Kasumi Campus, Faculty Personnel and Public Relations), Hiroshima University

I would like to utilize the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants, and therefore, I hereby apply in accordance with Article 5 of the Implementation Guidelines for the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants at Hiroshima University.

FY of application	FY		
Name		Staff ID	
Affiliation		Job Title	
E-mail		Ext.	

Infants who wish to utilize the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants			
(Note) If you are not utilizing a nursery school, please fill in the section "Reason for not being able to care for the infant at home."			
1	Name of infant		
	Date of birth	Age	
	Nursery school of affiliation		
2	Name of infant		
	Date of birth	Age	
	Nursery school of affiliation		
3	Name of infant		
	Date of birth	Age	
	Nursery school of affiliation		
Reason for not being able to care for the infant at home. (Please mark the applicable reason with a circle and fill in the required information.)			
	Both parents work	Spouse*'s place of work: Work schedule: ____ working days per week, ____ hours of work per day	
	Care for.	Name of person in need of care _____, Relationship _____	
	Other	Please provide detailed reasons for not being able to care for the infant at home.	

- If handwritten, write clearly in block letters.
- The personal information provided in the application form will be used solely for the operation of the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants and will not be used for any other purpose.

* The term "spouse" includes partners who are certified by a document certifying their partnership as shown in the Policies and Guidelines at Hiroshima University for Respecting Gender and Sexual Diversity - To Be Inclusive of LGBT+ Students, Faculty and Staff (approved by the Executive Board on December 27, 2022).

病児・病後児保育利用料補助金請求書

年 月 日

広島大学理事（霞地区・教員人事・広報担当） 殿

（申請者）

職員番号： _____

氏 名： _____

下記のとおり病児・病後児保育施設を利用しましたので、広島大学病児・病後児保育利用料補助事業実施要領第8の規定に基づき、必要書類を添えて請求します。

記

1 利用施設名： _____

2 利用状況

利用年月日	利用した乳幼児氏名	利用料金	備 考
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
合計			

※ 補助金の額： 保育料金（登録料・食事代・容器等消耗品に係る料金は含まない。）の3分の2を超えない額（10円未満切り捨て）と1,000円のいずれか低い額を補助金の額として算定します。なお、保育料金が領収書から確認できない場合は、利用施設等に確認を行います。

3 添付書類（添付する必要書類に ○ を付けてください。）

（ ） 領収書（原本） 〈必須〉

（ ） 病児・病後児保育を利用したこと及び利用した乳幼児の氏名が確認できる書類

〈必須：領収書で確認できる場合は省略可〉

○ 旧姓使用の方は、旧姓で請求してください。

○ 請求書の個人情報は、病児・病後児保育利用料補助事業の運営のために用い、他の目的に使用することはありません。

以下福利厚生グループ担当記入欄

利用年月日	乳幼児氏名	補助金の額
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
合計		円

**Request form for Financial Support Program
for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants**

Date: / /
(MM / DD / YYYY)

To Executive Vice President (Kasumi Campus, Faculty Personnel and Public Relations), Hiroshima University

(Applicant)

Staff ID : _____

Name : _____

As I have utilized the day-care facility for Sick and convalescent infants as described below, I hereby submit my claim with the necessary documents in accordance with Article 8 of the Implementation Guidelines for the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants at Hiroshima University.

Details

1. Name of facility used : _____

2. Usage status

Date of use (MM/DD/YYYY)	Name of infant who used the service	Usage Fee	Remarks
/ /		yen	
/ /		yen	
/ /		yen	
/ /		yen	
/ /		yen	
Total		yen	

- Subsidy amount : The subsidy amount will be calculated as the lesser of either two-thirds of the day-care fee (excluding registration fees, meal costs, and charges for consumable items such as containers) rounded down to the nearest 10 yen, or 1,000 yen. If the day-care fee cannot be verified from the receipt, confirmation will be sought from the facility used.

3. Attached documents (Please check the required documents attached).

() Receipt (the original) < required >

() Documents that confirms that you have used the day-care facility for convalescent infants and the name of infant cared for in the facility. < required: Not required if the receipt shows the infant's name, date of use and fee.>

- The personal information provided in the Request form will be used solely for the operation of the Financial Support Program for Day-care Service for Sick and Convalescent Infants and will not be used for any other purpose.

Filled in by the Employee Welfare and Benefits G in charge below.

利用年月日	乳幼児氏名	補助金の額
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
合計		円