

国立大学法人山口大学病児保育施設等利用助成制度取扱要項

平成28年11月18日
副学長（人事・労務担当）裁定

（趣旨）

第1条 この要項は、国立大学法人山口大学（以下「本法人」という。）における病児及び病後児保育支援制度（以下「助成制度」という。）に関し、必要な事項を定める。

（目的）

第2条 助成制度は、本学に在職する職員（非常勤職員の場合は社会保険加入者に限る。以下同じ。）のうち病児又は病後児の保育により教育、研究その他業務への従事が困難な者に対し、病児又は病後児の保育施設に預ける場合の利用に係る料金（以下「保育料金」という。）を補助することにより、当該教職員の就業及び家庭生活の両立を支援することを目的とする。

（定義）

第3条 この要項における用語の意義は、次の各号に定めるところによる。

- (1) 病児保育 病気治療中の子を、家庭での保育又は集団保育が困難である場合に、保育施設を利用して行う一時保育のことをいう。
- (2) 病後児保育 病気回復期の子を、家庭での保育又は集団保育が困難である場合に、保育施設を利用して行う一時保育のことをいう。
- (3) 病児保育施設等 病児保育及び病後児保育を行う保育施設のことをいう。

（申請対象）

第4条 助成制度の支援の対象となる者（以下「支援対象者」という。）は、本法人に在職する職員とし、配偶者を有する場合は原則として配偶者が就業している場合のほか、特段の事情（配偶者の病気入院等）により、病児保育又は病後児保育を利用しなければ就業することが困難であると認められる者とする。

（対象資格）

第5条 支援対象者の資格は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 病児保育又は病後児保育の対象児童が、小学校3年生までの児童であること。
- (2) 医師の診断により病児保育又は病後児保育が可能であること。

（対象施設）

第6条 助成制度の対象となる病児保育施設等は、別表に定める施設とする。

（助成金の額等）

第7条 助成金は、支援対象者が病児保育施設等に支払った保育料金の2分の1の額（そ

の額に 10 円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。)とする。ただし、助成金は 1 日 1,000 円を上限とする。

- 2 前項に規定する助成金の交付回数は、当該年度を通じて 1 人につき 12 回を限度とする。ただし、病児保育施設等を利用した日が連続して一定期間にわたる場合は、当該期間を 1 回とする。

(助成の申請及び決定)

第 8 条 助成制度の利用を希望する者（以下「利用希望者」という。）は、病児保育施設等利用助成申請書（別紙様式第 1 号）（以下「申請書」という。）を山口大学男女共同参画推進室長（以下「室長」という。）に提出するものとする。

- 2 室長は、前項に規定する申請書の提出があったときは、申請内容等を総合的に判断し助成の可否を決定し、病児保育施設等利用助成取扱通知書（別紙様式第 2 号）により、利用希望者に結果を通知するものとする。

(交付請求)

第 9 条 助成を許可された者が、病児保育施設等を利用した場合は、利用後 1 ヶ月以内に病児保育施設等利用助成交付請求書（別紙様式第 3 号）に、次の各号に掲げる書類を添付して、室長に請求するものとする。

- (1) 領収書
- (2) その他、病児保育施設等を利用したことが確認できる書類

(事務)

第 10 条 助成制度に関する事務は、総務部人事課において処理する。

(雑則)

第 11 条 この要項に定めるもののほか、助成制度に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要項は、平成 28 年 12 月 1 日から施行する。
- 2 この要項の第 7 条第 2 項の規定にかかわらず、平成 28 年度の助成に限り、「当該年度を通じて 1 人につき 12 回」とあるのは、「当該年度を通じて 1 人につき 4 回」とする。

別表（第6条関係）

市町村名	施設名
岩国市	病児・病後児保育所 KidInn(岩国病院)
光市	病後児保育所「LOVING HUG(ラビングハグ)」(梅田病院)
周南市	病児保育室「モーモーハウス」(かわむら小児科)
周南市	病後児保育園「タムタム」(たにむら小児科)
周南市	病児保育室「わんぱくの国」(ふじわら医院)
山口市	メディキッズ山口(ハートアイランド山口)
山口市	のせ・おおうち病児保育所(医療法人社団 野瀬内科小児科)
山口市	メディキッズ新山口(ハートクリニック新山口)
宇部市	たんぼぼ保育園(山口大学医学部附属病院内保育所)
宇部市	すくすくハウス(鈴木小児科)
宇部市	かねこキッズルーム(金子小児科)
宇部市	くまさん保育室(よしもと小児科)
宇部市	むらかみこどもハウス(むらかみこどもクリニック)
宇部市	キディハウスにこにこ(かわかみ小児科クリニック)
宇部市	スマイル(松岡小児科)
山陽・小野田市	小野田病児ケアハウス(砂川小児科)
長門市	ながとキッズメディカルケアルーム(岡田クリニック)
下関市	すこやかルーム(うめだ小児科)
下関市	わかば病児保育所(昭和病院)
下関市	病児保育室 ここいえ(かねはら小児科)
下関市	おひさまキッズハウス(青葉こどもクリニック)

別紙様式第1号（第8条第1項関係）

病児保育施設等利用助成申請書

年 月 日

男女共同参画推進室長 殿

病児保育施設等利用助成制度を利用したいので、次のとおり申請します。

申請年度	平成 年度		
申請者氏名			
所 属		職 名	
E - m a i l		内線番号	

病児保育施設等利用助成制度の利用を希望する子				
1	ふりがな		生年月日	歳
	こどもの氏名	(第 子)	H . .	
2	ふりがな		生年月日	歳
	こどもの氏名	(第 子)	H . .	
3	ふりがな		生年月日	歳
	こどもの氏名	(第 子)	H . .	
4	ふりがな		生年月日	歳
	こどもの氏名	(第 子)	H . .	

利用を希望する施設	
施設名称	

○ 申請書の個人情報は、病児保育施設等利用助成制度のために用い、他の目的に使用することはありません。

病児保育施設等利用助成取扱通知書

年 月 日

殿

男女共同参画推進室長

申請のありました病児保育施設等利用助成制度について、次のとおり取扱いますので通知します。

1	ふりがな		支 援 の 可 否	
	こどもの氏名			
2	ふりがな			
	こどもの氏名			
3	ふりがな			
	こどもの氏名			
4	ふりがな			
	こどもの氏名			

病児保育施設等利用助成交付請求書

年 月 日

男女共同参画推進室長 殿

(申請者)

所 属 : _____

職 名 : _____

氏 名 : _____ 印

下記のとおり病児保育施設等を利用しましたので、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（太枠の中を記入してください。）

利用年月日	利用したこどもの氏名	利用料金	利用料金の 1/2 の額	助成額※
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合 計				円

※ 助成額：費用の半額（10円未満切り捨て）または1,000円のいずれか低い額

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 <必須>

() 病児保育施設等を利用したことが確認できる書類

<必須：領収書で確認できる場合は省略可>