

2024年度 病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度実施要項

1. 趣旨

日本医科大学（以下「本学」という。）に所属する研究者が、業務上やむを得ない理由により、夜間・早朝保育、休日保育、病児・病後児保育を利用する際に、その利用料金の一部を補助することにより、研究活動と育児との両立を支援するための制度です。

本制度は、2019年度文部科学省科学技術人材育成費補助事業「ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（牽引型）」（事業実施期間2019～2024年度）の採択を受け、その一環として、2020年9月より運用を開始しました。

2. 支援対象者

本学に在職する研究に従事する専任教員及びポストドクター（以下「研究者」という。）で、小学校6年生までの子を養育している者。ただし、男性研究者にあっては、配偶者が大学、大学共同利用機関、独立行政法人又は企業等で雇用されている研究に従事する者である場合に限る。

3. 支援対象となる保育等

研究者が業務上やむを得ない理由により、夜間・早朝保育、休日保育、病児・病後児保育が必要となり、保育施設又はベビーシッター会社及び市区町村で行っているファミリー・サポート・センターのサービスを利用した場合に、本制度による支援対象とする。ただし、学校法人日本医科大学が契約しているベビーシッター派遣病児保育支援事業及び公益社団法人全国保育サービス協会が実施するベビーシッター派遣事業の割引券を利用した場合は、本制度による支援の対象外とする。

4. 支援期間

2024年4月1日から2025年3月31日

5. 補助の上限

補助の上限は、対象となる子一人につき年度中2万円とする。

※補助対象となる利用料金に登録料、シッターの交通費、キャンセル料等は含まない。

6. 利用申請等

（1）事前登録

本制度による支援を希望する者は、事前（初回利用時まで）に利用登録を行うものとする。なお、利用登録は、年度毎に行う。

<登録に必要な書類>

- ・病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度利用登録申込書（様式1）
- ・親子関係、子の年齢が確認できる書類（健康保険証、母子健康手帳、住民票等）の写し

(2) 利用申請

支援対象となる保育等を利用した翌月の3日（3日が土日祝の場合はその翌日）までに、申請に必要な書類を提出するものとする。

<申請に必要な書類>

- ・病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度利用申請書（様式2）
- ・立替払請求書（様式3）
- ・領収書の原本 ※本学職員の氏名及び子の氏名が記載されていること
- ・支援対象となる保育等を利用したことがわかる書類（保育利用申込書、利用明細書等）の写し ※ただし、領収書で確認できる場合には本書類は省略可
- ・当該月の勤務表又はタイムカード等の写し

(3) 補助額の支払い

書類の確認後、利用者の給与振込口座に振り込まれます。

7. その他

- (1) 予算の都合上、予定数に達した段階で受付を終了する場合があります。予めご了承ください。
- (2) 申請書等に記載された個人情報、本事業の目的のみに使用し、それ以外には使用いたしません。

8. 書類提出・問合せ先

学校法人日本医科大学しあわせキャリア支援センター 事務室

TEL03-3822-2131（内線：5500、5501）

E-mail：app-shien@nms.ac.jp

文部科学省科学技術人材育成費補助事業
ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（牽引型）
2024 年度 病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度利用登録申込書

年 月 日

日本医科大学長 殿

< 申込者 >

氏名： _____

所属／部署： _____

職名： _____

以下のとおり、ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（牽引型）補助事業における 2023 年度 病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度の利用登録を申し込みます。

1. 保育施設又はシッターを利用する子

①	ふりがな		年齢	(年 月 日生)
	氏名			
	在籍校園			
②	ふりがな		年齢	(年 月 日生)
	氏名			
	在籍校園			
③	ふりがな		年齢	(年 月 日生)
	氏名			
	在籍校園			

2. 配偶者の氏名、所属機関及び職名（申込者が男性研究者である場合のみ記入）

ふりがな		所属機関	職名	
氏名				

※配偶者は大学、大学共同利用機関法人又は企業等で雇用されている研究に従事する方に限る。

注. 保育施設又はシッターを利用する子との親子関係がわかる書類（保険証等）の写しを添付すること。

文部科学省科学技術人材育成費補助事業
ダイバーシティ研究環境実現イニシアティブ（牽引型）
2024 年度 病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度利用申請書

年 月 日

日本医科大学長殿

<申請者>

氏名： _____ ⑩

所属／部署： _____

職名： _____

職員番号： _____

今般、以下のとおり保育等を利用しましたので、利用料の補助を申請いたします。

1. 保育等を利用した子

ふりがな		年齢	満 歳	小学 年
氏 名				

2. 利用した保育施設又はシッター等（保育の種類は、該当するものを○で囲む）

利用日時	利 用 状 況		利用料金等
月 日 () () 時 () 分 〜 () 時 () 分	事業者名		利用料金 円
	保育の種類	夜間・早朝 / 休日 / 病児・病後児	請求額 円
	利用理由		
月 日 () () 時 () 分 〜 () 時 () 分	事業者名		利用料金 円
	保育の種類	夜間・早朝 / 休日 / 病児・病後児	請求額 円
	利用理由		

※利用した保育施設やシッターの領収書と利用内容がわかる書類の写しを添付すること。

※補助の上限は、対象となる子一人につき年度中 20,000 円とする。

立 替 払 請 求 書

年 月 日

日本医科大学長 殿

<請求者>

所属/部署：_____

職名：_____

氏名：_____ ㊞

以下のとおり立替払いしましたので、関係書類を添付のうえ請求します。

金 _____ 円 也

但し 2024 年度 病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度 立替払代金として

件 名	立替払いした理由	備 考
病児・病後児及び休日勤務時等の 保育利用料 (2024 年度 病児・病後児及び休 日勤務時等の保育支援制度を利用)	掛け売りができないため(現金 等で支払う必要があるため)	※補助の上限は、対象 となる子一人につき 年度中 20,000 円

病児・病後児及び休日勤務時等の保育支援制度利用の流れ

《事前》

《利用時・利用後》

