

乳がん治療中ママの子育て支援

J.POSH

シッターサポートプログラム

保育園や幼稚園に通っていない乳幼児を育てながら、抗がん剤治療、あるいは放射線治療を受けられている乳がん患者さんのために、お子さんの一時保育を依頼するため等に係る費用の一部を補助致します。治療中のお母様、そしてお子さんの双方にとって安心できる環境のもと、お母様がひとときでもゆっくりと養生できればと願っています。

※当法人 J.POSH は乳がん啓発団体のため「乳がん」のみを対象とさせていただいており
その他のがんは対象になりませんので何卒ご了承ください。



募　集　概　要　　※2026年10月更新

対象者

・母親本人が乳がんの抗がん剤治療中(内服薬のみの場合は除く)、あるいは放射線治療中。
・保育園や幼稚園に通っていない(未就園児)乳幼児1名以上を養育中。
(上記2つの要件を満たしている方)

応募条件

以下のどちらかに該当すること
・乳がんの抗がん剤治療や放射線治療の開始日が決定している(２ヶ月以内)
・乳がんの抗がん剤治療中で、残り回数が１回以上、放射線治療で残り１週以上。(申込時点の日付に基づく)

補助内容

・助成額は、抗がん剤治療の平均的期間の６ヶ月間に１ヶ月一律１万円とし、一括で６万円を支給。
・放射線治療の場合も、助成額は同額の６万円とする。
※放射線・抗がん剤、それぞれの治療期間でご応募可能ですが、別々に診断書・申請書の提出が必要となります。
また、一度助成を受けられても、2回目は受給できない場合もございます。

提出先・お問合せ先

〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2丁目6番3号　認定NPO法人 J.POSH
TEL：06-6962-5071　E-mail：jposh@j-posh.com

応募方法、受給者の決定・支給については裏面をご覧ください

「シッターサポートプログラム」応募方法

J.POSHのHPより①②③をプリントし、ご記入下さい。チラシもプリントして頂けます。

→　https://www.j-posh.com

「シッターサポートプログラム」で検索、あるいはJ.POSHホームページよりシッターサポートプログラムへと進みプリントして下さい。

※類似名の企業様、ネットワーク様とは全く関連はございません。必ずJ.POSHのHPよりプリントアウトを行って下さい。

スマートフォンの場合は上の
QRコードからアクセスして下さい。

①本人記入用紙【シッターサポート申請書】

申請書に応募動機、利用を予定するベビーシッターや一時預かり保育施設の情報などを記入。
※依頼するベビーシッター（親族・家政婦や個人も可）は、各自で都合のいい施設や人を決める。

②主治医記入用紙【診断書（シッターサポート申請用）】

診断書（シッターサポート申請用）用紙をプリントアウトして、このチラシと共に主治医にお渡し下さい。

③振込先口座情報【診断書代金　返金口座情報】

必要事項をご記入下さい。

④診断書の領収書のコピー（※原本不可）＆ 診療明細書（※1）

医師に記入いただいた診断書の費用はご応募頂いた方、皆様に返金致しますので、当該文書代とわかる領収書のコピーをお送り下さい。領収書コピーの添付がない場合は返金致しかねますのでご注意下さい。
各振込は決定月の月末までに致します。
（※1）（診断書費用が5,000円以上の場合や一度に複数依頼された場合は、診療明細書を同送下さい。）

上記①②③と領収書コピー（④）を各月10日（必着）までに J.POSH事務局（表面記載）へ郵送してください

※10日以降の到着分については、翌月の審査対象となります。

受給者の決定・支給について

- 各月10日を締め切りとし、応募多数の場合はJ.POSH審査委員会にて厳正に審査し毎月5名を受給者として決定致します。
- 受給が決定しましたら、申請者ご本人へメールで連絡致します。
- 補助金は、受給者指定の金融機関口座に一括でお振込み致します。（決定月の月末までに）
- 応募月にもれた場合、翌月にも自動的に再選考を受けられるものとします（上限2ヶ月）。優先的な扱いではありませんが、翌月の応募者が少ない場合には、受給者となる可能性があります。2ヶ月後も選外となった方には、不採用の通知（メール）をお送りします。
- 受給者の方には、受給後に、プログラム向上のための参考とさせていただくため、当プログラムについてのアンケートや感想を受給後記入シートをダウンロードしてご記入の上提出をお願いします。
  J.POSH関連の媒体などに匿名にてご紹介させて頂く場合があることをご了承下さい。

①本人記入用紙

シッターサポート申請書

年　　月　　日

フリガナ		年齢	才
申込者氏名			
住所	〒		
電話番号	※連絡に必要ですので必ずご記入ください		
メールアドレス			
お子様氏名		年齢	才　ヶ月
		年齢	才　ヶ月
		年齢	才　ヶ月
治療中の医療機関名			
応募動機（治療内容、育児環境など）			

依頼を予定している一時預かり保育施設やベビーシッターについて（家政婦・親族など個人の方も可）※領収書の提出は不要です。

①	施設・個人名①	個人の場合は関係 （　　）
	住所	
	形態など	・一時預かり保育　・家庭への訪問/派遣　・その他（　　）
②	施設・個人名②	個人の場合は関係 （　　）
	住所	
	形態など	・一時預かり保育　・家庭への訪問/派遣　・その他（　　）

※保育依頼中の、万が一の事故に関しましては、当方では責任を負いかねますのでご了承下さい。
お預かりした個人情報は、J.POSH事務局にて厳重に管理しJ.POSHからのお知らせのみに使用し、ご同意なしに第三者に開示・提供することはございません。

認定 NPO 法人 J.POSH 宛

②主治医記入用紙

診断書（シッターサポート申請用）

年　　月　　日

主治医 様

この度は診断書の記載にご協力頂きありがとうございます。

この診断書は乳幼児を養育中の患者さんが対象となっております。

患者名			
病　名			
①か②（※1） どちらかを選択	①抗がん剤治療（内服薬のみの場合は除く）		②放射線治療
治療内容 （抗がん剤名含む）			
抗がん剤投与 放射線治療 （予定含む）	開始日	（※2） 年　　月　　日	終了予定日	年　　月　　日

（※1）①②それぞれの期間でのご応募は可能ですが、診断書は別々に提出願います。

（※2）開始日の決定していない申請は受付できませんので、必ず日付をご記入ください。

以上、相違ありません。

医療機関名

主治医　　印

振込口座情報

申請者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診断書代として支払った金額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

※領収書のコピー（医療機関名、診断書代の金額がはっきりわかるもの）は必ず添付ください。
※特に5,000円以上の場合や、一度に複数依頼された場合は、必ず診療明細書も添付をお願いします。
但し郵送料金は返金できませんので、金額に含まれている場合は差し引かせていただきます。

振込を希望される口座情報を下記いずれかにご記入下さい。
助成金と診断書代は合算で振込致します。

ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合

金融機関名									
フリガナ		フリガナ							
支店名		口座名義							
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号 （左詰め）							

ゆうちょ銀行の場合

フリガナ													
口座名義													
記号						番号							

質　問

このプログラムをどのようにしてお知りになりましたか。

① 病院で （ 医師 ・ 看護師 ・ チラシ ）
② 患者会 ・ 友人 ・ 知人 から教えてもらった
③ J.POSHのホームページ（ インターネット検索 ・ もともとJ.POSHを知っていた ）
④ SNS （Facebook ・ Twitter など）
⑤ その他（ ）