

記入例

稲沢市長 殿

請求日は利用施設への提出日を記入して下さい。

請求日 令和2年1月15日

施設等利用費請求書（償還払い用）

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部の預かり保育事業の施設等利用費

【 令和元年10月 ～ 令和元年12月分請求 】

私（子ども・子育て支援法第30条の1第1項の規定に基づき、施設等利用費の給付について、下記の通りお支払いをさせていただきます。）

【記入時の注意事項】

- ・記入例の欄が色あり部分は特に漏れがないように記入ください。
- ・訂正に関しては修正液・修正テープを使用した際は無効となり、再提出となります。訂正の場合は二重線を引き、署名フルネームで記入ください。
- ※ただし金額の訂正は直ちに無効になりますのでご注意ください。

1. 施設等利用給付認定保護者（請求者）【施設等利用給付認定通知書の保護者を記入】

フリガナ	イザワ タロウ	認定子どもとの続柄	父	生年月日	昭和59年10月20日
氏名	稲沢 太郎			現住所	稲沢市稲府町1番地 電話：〇〇-〇〇-〇〇

2. 認定子ども（認すでに新2号もしくは新3号の認定を受け施設を利用している子どもを指します。）

法第30条の4の認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号	認定番号	※記入不要			
フリガナ	イザワ コタロウ	氏名	稲沢 小太郎			
認定子どもの生年月日	平成26年5月6日	上記請求期間に転入または転出した場合、右欄に記入	年	月	日	転入 / 転出

3. 償還払いの振込先を記入して下さい(※1) 前回請求と同じ口座の場合はしてください… (口座情報記入不要)

金融機関名	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
〇〇 銀行 信用金庫 農協・信用組合	口座番号	1 1 1 1 1 1 1
△△ 支店	出張所	口座名
		イナザワ タロウ

※1 申請者（請求者）と口座名義人は必ず同一名義にしてください。

4. 在籍する幼稚園・認定こども園・特別支援学校について記入 月途中の転入・転出もしくは途中入園・途中退園に該当の場合は給付の上限額が日割りに異なりますので、市役所保育課までご相談ください。

フリガナ	シカキヨチエン	所	
施設名称	<input type="checkbox"/> 幼稚園	電話	
上記請求期間の間の在籍状況	<input checked="" type="checkbox"/> 期間中在籍 <input type="checkbox"/> 途中入園した <input type="checkbox"/> 途中退園した		
上記で、途中入園または途中退園に該当した場合はその年月日を記入	年	月	日

5. 在籍園の預かり保育事業と、認可外保育施設等の利用(※2参照)における施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入

利用年月	在籍園の預かり保育事業				認可外保育施設等に支払った金額(d) ※2 ※3	請求額 ※4 (「c+d」か月額上限額の低い方を記入)
	施設に支払った金額(a) ※3	利用日数	対象額(b) (450×利用日数)	aとbの金額の低い方を記入(c)		
令和元年 10月	5,000 円	10 日	4,500 円	4,500 円	1,520 円	6,020 円
令和元年 11月	2,500 円	5 日	2,250 円	2,250 円		2,250 円
令和元年 12月	6,000 円	12 日	5,400 円	5,400 円	10,000 円	11,300 円

※2 「認可外保育施設等に支払った金額」は、預かり保育事業については、教育時間を含む平日の預かり保育事業の提供時間数に、認可外保育施設等については、(休日を含む)開園日数にそれぞれ乗算して算出してください。

支払った金額が確認できる領収書と利用施設から発行の特定子ども・子育て支援提供証明書は必ず添付してください。(ファミサポを利用の場合は提供活動記録簿で代用可)
在籍園の預かり保育事業は1日の上限金額が450円ですので利用日数から乗算し(b)を記入してください。
(d)部分を請求する場合は認可外保育施設等への支払いを給付対象にできるかを確認ください。 ※5参照

<裏面も記入して下さい>

6. 在籍園の預かり保育事業以外に認可外保育施設等の利用費の償還払いを受けることができる場合は記入(※5)

※①～⑥に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載して下さい。

①	フリガナ 施設・事業名	ﾊﾞｯﾁｳﾞｴﾝ ××保育園	所在地	〒〇〇-〇〇 稲沢市〇〇番地 電話：〇〇-〇〇-〇〇
②	フリガナ 施設・事業名	ﾋｼﾀｸｼﾞｼﾞｻ ◇◇託児所	所在地	〒〇〇-〇〇 一宮市〇〇番地 電話：〇〇-〇〇-〇〇
③	フリガナ 施設・事業名			電話：
④	フリガナ 施設・事業名		所在地	〒 電話：
⑤	フリガナ 施設・事業名		所在地	〒 電話：
⑥	フリガナ 施設・事業名		所在地	〒 電話：

該当施設がある場合は必ず所在地・電話番号を記入ください。

※5 「在籍園の預かり保育事業以外に認可外保育施設等の利用費の償還払いを受けることができる場合」とは、在籍園の預かり保育事業について、教育時間を含む平日の預かり保育の提供時間数が8時間未満又は年間（平日・長期休業中・休日の合計）開所日数200日未満の場合のみです。この基準を在籍園が満たしているかは在籍園に確認されるか、在籍園の所在地である自治体にご確認ください。なお稲沢市内施設においてはホームページで確認可能です。

注1) 本様式は、償還払いの頻度が年4回(3か月毎)の場合で作成しています。

注2) 領収書と提供証明書等の書類の添付がない場合は無効です。