

(あて先) 神栖市長

施設等利用費請求書(償還払い用)

認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業の施設等利用費

【 令和〇年〇月～令和〇年△月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法第30条の11第1項の規定に基づき、施設等利用費の給付について、下記の通り請求いたします。なお、施設等利用費の給付を受けるに当たり、基本台帳で

1. 申請者と認定子どもとの関係を確認すること
2. 実際に利用した施設等を確認すること
3. 利用料の支払い状況を神栖市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を神栖市が確認すること

記入例

認可外保育施設を利用する場合

施設等利用給付認定通知書に記載されている保護者名を記入してください。

1. 施設等利用給付認定保護者

| | | | | | |
|------|---------|-----------|---|------|---------------------------------|
| フリガナ | カミス タロウ | 認定子どもとの関係 | 父 | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 |
| 氏名 | 神栖 太郎 | 印 | | 現住所 | 神栖市〇〇×××番地△ 電話： 0000-00-0000 |

※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です

押印してください。シャチハタは不可です。

2. 認定子ども(認定子どもごとに申請)

| | | | |
|---|--|------|------------|
| 法第30条の4の認定種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 | 認定番号 | 0000000000 |
| 生年月日 | 令和〇年〇月〇日 | フリガナ | カミス イチロウ |
| 年 月 日～年 月 日の間の住所 | | 名 | 神栖 一郎 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 現住所のとおり <input type="checkbox"/> 転入した <input type="checkbox"/> 転出した | | 入 | 年 月 日 |
| 上記で転入または転出に該当した場合は転入 | | | |

施設等利用給付認定通知書を確認し、記入してください。

3. 償還払いの振込先を記入して下さい

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| 金融機関名 | 預金種目 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
| 茨城 銀行 信用金庫 神栖 支店 農協・信用組合 | 口座番号 | 0 0 0 0 0 0 0 |
| 出振所 | 口座名義(カタカナ) | カミス タロウ |

※1 請求者と口座名義が同一の口座を記入してください。

施設等利用給付認定保護者(請求者)名義の口座を記入してください。

4. 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業を記入(複数記入可)

| | | | | |
|---|-------------|--|-----|--|
| ① | フリガナ | カミスホイクシセツ | 所在地 | 〒000-0000 神栖市△△〇〇番地×× 電話： 0000-00-0000 |
| | 施設・事業名 | 神栖保育施設 | | |
| | 契約している利用料※2 | <input checked="" type="checkbox"/> 月額 45,000 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 | | |
| ② | フリガナ | | 所在地 | 〒 電話： |
| | 施設・事業名 | | | |
| | 契約している利用料※2 | <input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 | | |
| ③ | フリガナ | | 所在地 | 〒 電話： |
| | 施設・事業名 | | | |
| | 契約している利用料※2 | <input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 | | |

<裏面も記入して下さい>

| | | | | | |
|-------------|--------|-----|-------|--------|---|
| ④ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設・事業名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □月額 | 円 □日額 | 円 □時間額 | 円 |
| ⑤ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設・事業名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □月額 | 円 □日額 | 円 □時間額 | 円 |
| ⑥ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設・事業名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □月額 | 円 □日額 | 円 □時間額 | 円 |

※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。

※2 該当箇所にレを記入し金額を記入して下さい。利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定し、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入して下さい。

5. 認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業の施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入

| 利用年月日 | 認可外保育施設に支払った月額利用料(保育料)(a) ※3 ※4 | 一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業に支払った月額合計利用料 | 支払額合計(c=a+b) | 月額上限額(d) | 請求額(cとdを比較して小さい方) |
|--------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------|----------|-------------------|
| 令和○年○月 | 45,000 円 | 円 | 45,000 円 | 37,000 円 | 37,000 円 |
| 令和○年×月 | 45,000 円 | 円 | 45,000 円 | 37,000 円 | 37,000 円 |
| 令和○年△月 | 45,000 円 | 円 | 45,000 円 | 37,000 円 | 37,000 円 |

※3 上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類(施設等の領収証等)と特定子ども・子育て支援提供証明書を添付して下さい。また、子育て援助活動報告書も添付して下さい。

認定により、月額上限額が決まっています。

※4 利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期等)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定して下さい。(小児医療費助成制度の適用除外)

金額に誤りがある場合、訂正印を押印していただいても受付ができません。書類を作り直してください。

※5 月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合、月途中で認定期間が終了する又は開始される場合があります。
 ・月途中で認定期間が終了する場合、
 または別の市町村へ転出する場合の限度額：37,000(42,000)円×転出日までの日数÷その月の日数
 ・月途中で認定期間が開始される場合、
 または別の市町村から転入した場合の限度額：37,000(42,000)円×転入先での認定日からの日数÷その月の日数