

記入上の注意

請求日 年 月 日

我孫子市長 様

施設等利用費請求書（認可外保育施設等利用費）

認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助

空欄のままご提出ください。

【 年 月～ 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、下記の通り請求しますので、指定する償還払いの振込先口座に振り込んでください。
なお、施設等利用費の審査にあたり、次の事項に同意します。

1. 申請者と認定子どもが、我孫子市内に居住していることを我孫子市が住民基本台帳で確認すること。
2. 実際に利用していることを我孫子市が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を我孫子市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を我孫子市が確認すること。（第3号認定のみ）

押印は必須です。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

| | | | |
|-------------------------|---|------|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | 印 | 現住 | |
| ※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です | | | |

認定通知書に記載されている区分、認定番号(不明な場合は空欄でも可)を記入してください。

2. 認定子ども(認定子どもごとに申請してください)

| | | | |
|--|---|------|-------|
| 法第30条の4の認定区分 | <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 | 認定番号 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | フリガナ | |
| 今回請求する利用年月の期間の住所 | | 氏名 | |
| <input type="checkbox"/> 現住所のとおり <input type="checkbox"/> 転入した <input type="checkbox"/> 転出した | | | |
| 上記で転入または転出に該当した場合は転入・転出日を記入 | | | 年 月 日 |

今回請求する期間の間に引越し等している場合は、転入日又は転出日を記入してください。

3. 償還払いの振込先を記入してください(※1)

| | | | |
|---------|-----|------------|--|
| 金融機関名 | | 口座番号 | |
| 銀行・信用金庫 | 支店名 | | |
| 農協・信用組合 | | 口座番号(カタカナ) | |

※1 施設等利用給付認定保護者(請求者)名義の

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)

| | | | |
|-------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| フリガナ | | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業名 | | 電話: | |
| 事業種別 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業 | | |
| 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 |
| フリガナ | | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業名 | | 電話: | |
| 事業種別 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業 | | |
| 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 |
| フリガナ | | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業名 | | 電話: | |
| 事業種別 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業 | | |
| 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 |

添付する「提供証明書兼領収書」から転記してください。

※2 該当箇所にレを記入し金額を記入してください。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ください。

<裏面も記入してください>

月額上限額は、37,000円(新2号認定)、42,000円(新3号認定)です。

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利用料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 (b) ※3 | 支払額合計 (c=a+b) | 月額上限額 (d) ※5 | 請求額 (cとdを比較して小さい方を記入) |
|-------|-------------------------------------|--|------------------|-----------------|--------------------------|
| 年 月 日 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

添付する「提供証明書兼領収書」から転記してください。

支払額合計(c)と月額上限額(d)を比較し、小さいほうの金額を記入してください。

※ 本欄の金額が我孫子市への請求額となります。

また、子育て援助活動支援事業を利用した場合は、援助を行う会員が発行した活動報告書も添付してください。

※4 利用料の設定が月単位を超える(四半期、前期・後期など)場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、利用料の月額相当分を算定してください。(10円未満の端数がある場合は切り捨て)

※5 月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合は月額37,000円、第3号認定の場合は42,000円です。
 月途中で認定期間が終了する又は開始される場合か、市町村間の転出入の場合、月額限度額は次の通りとなります。
 ・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
 ※転出入が決まった場合は、早めに園および転出入先の市町村にご連絡ください。