

認可外保育施設等・償還払

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

請求日：令和 年 月 日

白岡市長 宛

施設等利用費請求書（償還払用）

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 年4月分 ～ 令和 年6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次のとおり請求します  
ので、指定する償還払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、白岡市 内に居住していることを 白岡市 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 白岡市 が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払状況を 白岡市 が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を 白岡市 が確認すること。

1 施設等利用給付認定代表保護者(請求者)

|      |  |                       |     |      |   |   |   |
|------|--|-----------------------|-----|------|---|---|---|
| フリガナ |  | 認定<br>子ども<br>との<br>続柄 |     | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏 名  |  |                       | 現住所 | 〒    | — |   |   |
|      |  |                       |     | 電話：  | — | — |   |

2 認定子ども(認定子どもごとに申請してください)

|                                                                                              |  |  |      |  |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|--|---|---|---|
| 施設等利用給付認定の種別                                                                                 |  |  | 認定番号 |  |   |   |   |
| 生年月日                                                                                         |  |  | フリガナ |  |   |   |   |
| 4月～6月の間の住所                                                                                   |  |  | 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 |

3 償還払の振込先(※1)

|                                                                                                       |                                                     |  |            |                                                         |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|------------|---------------------------------------------------------|--|--|--|
| 区分                                                                                                    |                                                     |  |            |                                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 継続                                                                           | →以前の振込先と同じ口座に振り込みさせていただきますので、口座情報の記入は不要です。          |  |            |                                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 新規                                                                           | } 下欄に記入してください。<br>さらに、通帳の写し等、口座情報が確認できる書類を添付してください。 |  |            |                                                         |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 変更                                                                           |                                                     |  |            |                                                         |  |  |  |
| <br>新規・変更の場合は右欄に記入 | 金融機関名                                               |  | 預金種目       | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  |
|                                                                                                       | 銀行・信用金庫 支店                                          |  | 口座番号       |                                                         |  |  |  |
|                                                                                                       | 農協・信用組合 出張所                                         |  | 口座名義(カタカナ) |                                                         |  |  |  |

※1 振込先は請求者名義の口座です。もし請求者と口座名義が異なる場合は、本市指定の委任状を提出してください。

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        |  | 所在地                         | 〒   |                             |   |                              |
|   | 施設・<br>事業名  |  |                             | 電話： |                             |   |                              |
|   | 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 |
| ② | フリガナ        |  | 所在地                         | 〒   |                             |   |                              |
|   | 施設・<br>事業名  |  |                             | 電話： |                             |   |                              |
|   | 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 |

<裏面も記入してください>

|   |             |  |                                                                                                                              |              |
|---|-------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ③ | フリガナ        |  | 所在地                                                                                                                          | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |  |                                                                                                                              |              |
|   | 契約している利用料※2 |  | □ 月額                                  円   □ 日額                                  円   □ 時間額                                  円 |              |
| ④ | フリガナ        |  | 所在地                                                                                                                          | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |  |                                                                                                                              |              |
|   | 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                                                                                                                          | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |  |                                                                                                                              |              |
|   | 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                                                                                                                          | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |  |                                                                                                                              |              |
|   | 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)<br>(a) ※4 ※5 | 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<br>(b) ※4 | 支払額合計<br>(c=a+b) | 月額上限額<br>(d) | 請求額<br>(cとdを比較して小さい方) |
|-------|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| 4月分   | 円                                   | 円                                              | 円                | 円            | 円                     |
| 5月分   | 円                                   | 円                                              | 円                | 円            | 円                     |
| 6月分   | 円                                   | 円                                              | 円                | 円            | 円                     |
|       |                                     |                                                |                  | 請求額合計        | 円                     |

※3    施設等利用費の給付額は月ごとに算出し、原則、四半期毎（4～6月、7～9月、10～12月、1～3月）に支払います。

※4    「施設に支払った金額（a）」及び「認可外保育施設等に支払った金額（d）」を証明する特定子ども・子育て支援提供証明書（兼）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下さい。

※5    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下さい。（10円未満の端数がある場合は切り捨て）

※6    月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合は月額40,300円、第3号認定の場合は45,700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、月額限度額は次のとおりとなります。  
・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：40,300(45,700)円× 転出日までのその月の日数÷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：40,300(45,700)円× 認定起算日以降のその月の日数÷その月の日数