

(宛先) 茅ヶ崎市長

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・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターの施設等利用費

【 年 4月～6月 7月～9月 10月～12月 1月～3月 】

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、茅ヶ崎市が次の事項を確認することに同意します。

- ・申請者と認定児童が、茅ヶ崎市内に居住していることを住民基本台帳で確認すること。
- ・実際に施設利用していることを対象施設に確認すること。
- ・利用料の支払い状況について、対象施設に確認すること。
- ・世帯の課税状況について閲覧・確認すること。

請求金額の合計 (金額の頭部に¥マークを記入)	
-----------------------------------	--

※裏面の請求金額の合計を転記してください。

本請求の利用年月において、認定を受けた保育の必要性の要件に変更があった場合は、請求の前に変更申請を提出してください。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

フリガナ		認定子ども との続柄	現住所	〒 253 -
氏名	3. の口座名義人と同一名			茅ヶ崎市
生年月日	年 月 日			電話： - -

2. 認定子ども(複数の認定子どもがいる場合は人数分の申請が必要です)

フリガナ		法第30条の4の認定種別	<input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号
氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上
生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 利用期間内に転居した 年 月 日 (転入・転出) (市・区・町・村)

3. 償還払いの振込先

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 農協・信用組合				支店・出張所 営業部				口座名義人 ※カタカナ			
金融機関 銀行コード		支店コード 店番号		口座番号 ※右詰							

1. の請求者と3. の口座名義人は同一名で記入してください。

職員 使用 欄	通帳・キャッシュカード・免許証・保険証・マイナンバー・ ()										
	受付者 () 受付日 (/)										
	年 月 日～	年 月 日	(新3号・新2号・認定なし)								
年 月 日～	年 月 日	(新3号・新2号・認定なし)									

<裏面も記入してください>

4. 利用した認可外保育施設・一時預かり・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターを記入（複数記入可）

①	所在市町村	茅ヶ崎市・他市町村（ ）	サービスの種類 ※該当するものに チェック	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名			
②	所在市町村	茅ヶ崎市・他市町村（ ）	サービスの種類 ※該当するものに チェック	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名			
③	所在市町村	茅ヶ崎市・他市町村（ ）	サービスの種類 ※該当するものに チェック	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名			
④	所在市町村	茅ヶ崎市・他市町村（ ）	サービスの種類 ※該当するものに チェック	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名			

5. 認可外保育施設・一時預かり・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターの施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入

利用年月	認可外保育施設に 支払った月額利用料 (特定子ども・子育て 支援利用料) 【a】 ※1 ※2	一時預かり・病児病 後児保育・ファミ リサポートセン ターに支払った 月額合計利用料 (特定子ども・子育て 支援利用料) 【b】 ※1	無償化対象 支払額合計 【a+b=c】	無償化 月額上限額 【d】 ※3	請求金額 【cとdを比較して 小さい方】
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円

請求金額の合計	円
----------------	---

※表面の請求金額の合計に転記してください。

- ※1 上記で記入した利用料合計額を施設・事業に支払ったことを証明する書類（特定子ども・子育ての支援の提供にかかる領収書兼提供証明書等）をすべて添付してください。
また、ファミリーサポートセンターを利用した場合は、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。
- ※2 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。
- ※3 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。
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。
（1）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
（2）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
- ・記載誤りがあった場合は、二重線で訂正の上、1.の請求者が二重線のそばにフルネームで署名してください。

記入例

(宛先) 茅ヶ崎市長

市役所窓口への
提出日

請求日 令和●年●月●日

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・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターの施設等利用費

【 令和● 4月～6月 7月～9月
 10月～12月 1月～3月 】

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、茅ヶ崎市が次の事項を確認することに同意します。

- ・申請者と認定児童が、茅ヶ崎市内に居住していることを住民基本台帳で確認すること。
- ・実際に施設利用していることを対象施設に確認すること。
- ・利用料の支払い状況について、対象施設に確認すること。
- ・世帯の課税状況について閲覧・確認すること。

振込先の口座名義人と同一の保護者名を記入

請求金額の合計
(金額の頭部に¥マークを記入)

¥89,903

※裏面の請求金額の合計を転記してください。

本請求の利用年月において、認可外保育の必要性の要件に変更があった場合は、請求の前に変更申請を提出してください。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

フリガナ	千ガサキ タロウ	認定子ども との続柄	〒 253 - 0000
氏名	茅ヶ崎 太郎 3. の口座名義人と同一名	父	現住所 茅ヶ崎市 ▼▼○-○-○
生年月日	平成●年 ●月 ●日		電話 : 0000 - 0000 - 0000

2. 認定子ども(複数の認定子どもがいる場合は人数分の申請が必要です)

フリガナ	千ガサキ ジロウ	法第30条の4の認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号
氏名	茅ヶ崎 次郎	住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> 利用期間内に転居した ●年 12月 16日 (転入・転出) (●市 区・町・村)
生年月日	令和●年 ●月 ●日		

3. 償還払いの振込先

金融機関名				預金種目		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座									
銀行		信用金庫 農協・信用組合		支店・出張所 営業部		口座名義人 ※カタカナ		千ガサキ タロウ							
金融機関 銀行コード	0	0	0	0	支店コード 店番号	0	0	0	口座番号 ※右詰	0	0	0	0	0	0

1. の請求者と3. の口座名義人は同一名で記入してください。

職員 使用 欄	通帳・キャッシュカード・免許証・保険証・マイナンバー・ ()													
	受付者 () 受付日 (/)													
	年	月	日	～	年	月	日	(新3号・新2号・認定なし)						
年	月	日	～	年	月	日	(新3号・新2号・認定なし)							

<裏面も記入してください>

4. 利用した認可外保育施設・一時預かり・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターを記入（複数記入可）

①	所在市町村	茅ヶ崎市 他市町村 ()	サービスの種類 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名	●●保育園		
②	所在市町村	茅ヶ崎市・他市町村 (藤沢市)	サービスの種類 ※該当するものにチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター
	施設名	キッズ▲▲園		
③	期間内に利用した無償化対象施設をすべて記入 ※対象外のサービスの場合、その分の支払いはできません。			病後児保育センター
④	施設が発行した領収書の利用料の月額合計を記入			<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児病後児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター

2号 37,000円
3号 42,000円

5. 認可外保育施設・一時預かり・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターの施設等利用費の償還請求の内訳を記入

利用年月	認可外保育施設に支払った月額利用料 (特定子ども・子育て支援利用料) 【a】 ※1 ※2	一時預かり・病児病後児保育・ファミリーサポートセンターに支払った月額合計利用料 (特定子ども・子育て支援利用料) 【b】 ※1	無償化対象支払額合計 【a+b=c】	無償化月額上限額 【d】 ※3	請求金額 【cとdを比較して小さい方】
令和●年10月	35,000 円	5,000 円	40,000 円	37,000 円	37,000 円
令和●年11月	35,000 円	円	35,000 円	37,000 円	35,000 円
令和●年12月	20,000 円	2,000 円	22,000 円	17,903 円	17,903 円
年 月	円	円	円	円	円

12月の上限額 37,000円 × 15日間 ÷ 31日(12月) = 17,903円
 ※転出以前の12/1～12/15の利用分(15日間)が対象です。
 12/16以降の利用分は転出先の自治体へ請求してください。

請求金額の合計 **89,903** 円

※表面の請求金額の合計に転記してください。

- ※1 上記で記入した利用料合計額を施設・事業に支払ったことを証明する書類（特定子ども・子育てでの支援の提供にかかる領収書兼提供証明書等）をすべて添付してください。
また、ファミリーサポートセンターを利用した場合は、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。
 - ※2 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。
 - ※3 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。
 (1) 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
 (2) 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
- ・ 記載誤りがあった場合は、二重線で訂正の上、1. の請求者が二重線のそばにフルネームで署名してください。