

(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。

<b>請求金額の合計</b> (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	確認	免許証・保険証・マイナンバー・ ( )	受付者	受付日
		通帳・キャッシュカード・ ( )	( )	( )
		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

<b>請求金額の合計</b>	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。  
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。