

記入例

請求日 令和〇年〇月〇日

(あて先) 印西市長

施設等利用費請求書 (償還払い用)

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部の預かり保育事業の施設等利用費

【 令和〇年△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項の通り請求しますので、指定する償還払いの振替口座番号を記入し、なお、施設等利用費の審査にあたり、次の事項に留意してください。

1. 申請者と認定子どもが、印西市内に居住していること。

2. 申請者が対象施設に確認すること。

【ご注意点】

①ボールペンでご記入ください

②修正の際は、訂正印を押印ください

※訂正印は請求者記入欄に押印のものと同じのもの

※修正ペン・消えるボールペン使用不可

必ず押印してください
(押印がないとお支払い手続きができない為、必ず押印してください)

裏面の「請求合計額」を記入してください

請求金額 19,750 円

1. 施設等利用給付認定保認者(請求者)

フリガナ	インザイ タロウ	認定子どもとの続柄	父	生年月日	〇年〇月〇日
氏名	印西 太郎			現住所	〒270-〇〇〇〇 印西市〇〇〇 電話: 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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の認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号	認定番号	S000001234
生年月日	〇年〇月〇日	フリガナ	インザイ ハナコ
年月日～年月日の間の住所		氏名	印西 花子
<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

月の途中で市町をまたがる転居をした場合、請求は転出前・後の両市に必要です

3. 在籍

フリガナ		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市△△1-2-3 電話: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
施設名称	〇〇幼稚園	(市外の場合のみ記入)	
年月日～年月日の間の在籍状況		<input type="checkbox"/> 期間中在籍 <input type="checkbox"/> 途中入園した <input type="checkbox"/> 途中退園した	
上記で、途中入園または途中退園に該当した場合はその年月日を記入			年 月 日

4. 償還払いの振込先を記入してください

金融機関名	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
〇〇 銀行・信用金庫 〇〇 支店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
農協・信用組合 〇〇 出張所	口座名義(カタカナ)	インザイ タロウ

前回と同様の振込先の場合でも、ご記入ください。
(支店名、口座番号の記入に誤りがないようご注意ください)

<裏面も記入してください>

5. 在籍園の預かり保育事業以外に認可外保育施設等の利用費の償還払いを受けることができる場合は記入(※2)

※①～⑥に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載してください。

①	フリガナ 施設名	所在地	〒
②	フリガナ 施設名		電話:
③	フリガナ 施設名	所在地	〒 電話:
④	フリガナ 施設名	所在地	〒 電話:
⑤	フリガナ 施設名	所在地	〒 電話:
⑥	フリガナ 施設名	所在地	〒 電話:

印西市内の幼稚園は、全園、基準(※2)を超えているので、認可外保育施設等の利用料は無償化の対象外です

※2 「在籍園の預かり保育事業以外に認可外保育施設等の利用費の償還払いを受けることができる場合」とは、在籍園の預かり保育事業について、教育時間を含む平日の預かり保育の提供時間数が8時間未満又は年間(平日・長期休業中・休日の合計)開所日数200日未満の場合のみです。

6. 在籍園の預かり保育事業と、認可外保育施設等の利用(※3参照)における施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入

利用年月	在籍園の預かり保育事業				認可外保育施設等に支払った金額(d) ※3 ※4	請求額 ※5 (「c+d」か月額上限額の低い方を記入)
	施設に支払った金額(a) ※4	利用日数	対象額(b) (450×利用日数)	aとbの金額の低い方を記入(c)		
令和〇年 △ 月	4,000 円	10 日	4,500 円	4,000 円	円	4,000 円
令和〇年 △ 月	6,750 円	15 日	6,750 円	6,750 円	円	6,750 円
令和〇年 △ 月	9,000 円	20 日	9,000 円	9,000 円	円	9,000 円
					請求合計額	19,750 円

必ずご記入ください

(b)対象金額の算出方法
450円×20日(利用日数)=9,000円

※3 「認可外保育施設等の利用時間数が8時間未満又は年間(平日・長期休業中・休日の合計)開所日数200日未満の場合のみ記入が可能です。」
 ※4 上記で記入した「施設に支払った金額」は通帳コピー等の確認ができる書類等(領収書、振替簿、口座振替の場
 ※5 月額上限額は、法第30条の4の認定種別が第2号の場合は11,300円、第3号の場合は16,300円です。「c+d」がこれを超える場合は、それぞれの月額上限額を記入してください。

この金額を、表面の「請求金額」にご記入ください