

(宛先) 太子町長 様

施設等利用費請求書 (償還払い用)

認可外保育施設・一時預かり事業・ファミリーサポートセンター事業の施設等利用費

【 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、太子町内に居住していることを太子町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太子町が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を太子町が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を太子町が確認すること。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

ふりがな		認定子どもとの続柄	現住所	〒
氏名	※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です			電話:

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 type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号	認定番号	
生年月日	年 月 日	ふりがな	
年月日～年月日の間の住所		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. 償還払いの振込先を記入してください(※1)

<input type="checkbox"/> 前回と同じ⇒口座情報の記入は不要です。			
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 申請者と振込先の口座名義は必ず同一となるようにしてください。

4. 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・ファミリーサポートセンター事業を記入 (複数記入可)

①	ふりがな		所在地	〒
	施設名			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	ふりがな		所在地	〒
	施設名			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
③	ふりがな		所在地	〒
	施設名			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>

④	ふりがな		所在地	〒
	施設名			電話：
	契約している利用料※2	□ 月額	円 □ 日額	円 □ 時間額
⑤	ふりがな		所在地	〒
	施設名			電話：
	契約している利用料※2	□ 月額	円 □ 日額	円 □ 時間額
⑥	ふりがな		所在地	〒
	施設名			電話：
	契約している利用料※2	□ 月額	円 □ 日額	円 □ 時間額

※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。

※2 該当箇所にし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□にしを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

5. 認可外保育施設・一時預かり事業・ファミリーサポートセンター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) (a) ※3 ※4	一時預かり事業・ファミリーサポートセンター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)	請求額 (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

※3 上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類(施設等からの領収証等)と特定子ども・子育て支援提供証明書をすべて添付してください。

※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。
 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。
 ・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
 ・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

※6 施設等利用給付費の支払は、年4回(3か月ごと)としています。下記を請求の目安としてください。

施設等を利用した月	請求する月
10月～12月	1月
1月～3月	4月
4月～6月	7月
7月～9月	10月

発行責任者	氏名	請求者と同じ	連絡先：請求者欄と同じ
担当者	氏名	請求者と同じ	連絡先：請求者欄と同じ