

# 記載例

請求日 令和〇年 7 月 2 日

四日市市長

## 施設等利用費請求書（償還払い用）

提出日を記入してください。

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

【令和〇年 4 月～令和〇年 6 月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法第 30 条の 1 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下さい。

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。

- 申請者と認定子どもが、四日市市内に居住していることを四日市市が住民基本台帳で確認すること。
- 実際に利用していることを四日市市が対象施設に確認すること。
- 利用料の支払い状況を四日市市が対象施設に確認すること。
- 課税状況を四日市市が確認すること。

### 1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

|                          |           |      |                 |
|--------------------------|-----------|------|-----------------|
| フリガナ                     | ヨッカイチ タロウ | 生年月日 | 昭和〇 年 4 月 1 日   |
| 氏 名                      | 四日市 太郎    | 父    | 四日市市諏訪町 2 番 2 号 |
| ※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です。 |           | 現住所  | 四日市市諏訪町 2 番 2 号 |
|                          |           | 印    | 0000-0000       |

必ず押印をお願いします。

### 2. 認定子ども(認定子どもごとに申請して下さい)

|                                                                                                         |                                                                          |         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
| 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 |            |
| 生年月日                                                                                                    | 令和 〇 年 5 月 6 日                                                           | フリガナ    | ヨッカイチ イチロウ |
| 令和 年 月 日～令和 年 月 日の間の住所                                                                                  |                                                                          | 氏 名     | 四日市 一郎     |
| <input checked="" 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下さい(※1) ☐ 前回と同じ口座を利用する (下欄の記入は不要です)

|            |         |                                                                    |
|------------|---------|--------------------------------------------------------------------|
| 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 | 口 座 番 号 |                                                                    |
|            |         | 1 2 3 4 5 6                                                        |
|            |         | ヨッカイチ タロウ                                                          |

※1

・振込先の名義人は、上記の請求者と同一名義をお願いします。異なる場合は委任状の提出をお願いします。

・口座名義人や番号等記入漏れがないようお願いします。

4.

・前回と同じ口座を希望する場合は「前回と同じ口座に利用する」にチェックをお願いします。

記入 (複数記入可)

|   |             |                                                                                                              |       |                 |
|---|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| ① | 施設・事業名      | 四日市こどもすくすくセンター                                                                                               | 所 在 地 | 四日市市諏訪町 1 番 5 号 |
|   | 契約している利用料※2 | <input checked="" type="checkbox"/> 月額 50,000 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 |       |                 |
| ② | フリガナ        |                                                                                                              | 所 在 地 | 〒               |
|   | 施設・事業名      |                                                                                                              | 所 在 地 | 〒               |
|   | 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 円                   |       |                 |
| ③ | フリガナ        |                                                                                                              | 所 在 地 | 〒               |
|   | 施設・事業名      |                                                                                                              | 所 在 地 | 〒               |
|   | 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 円                   |       |                 |

<裏面も記入して下さい>

|   |             |      |     |          |
|---|-------------|------|-----|----------|
| ④ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |          |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |          |
| ⑤ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |          |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |          |
| ⑥ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |          |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |          |

※④～⑥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 該当箇所には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) ※3 ※4 | 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) ※3 | 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) |
|--------|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| 令和〇年4月 | 40,300 円                            | 0 円                                            | 40,300 円         | 40,300 円     | ¥40,300 円             |
| 令和〇年5月 | 50,000 円                            | 0 円                                            | 50,000 円         | 40,300 円     | ¥40,300 円             |
| 令和〇年6月 | 25,000 円                            | 0 円                                            | 25,000 円         | 25,000 円     | ¥25,000 円             |
| 年 月    | 円                                   | 円                                              | 円                | 円            | 円                     |
|        |                                     |                                                |                  |              | 円                     |
|        |                                     |                                                |                  |              | 円                     |

・『特定子ども・子育て支援の提供に係る領収書兼提供証明書』等（原本）を請求書に添付してください。

・修正液や修正テープは使用不可です。

また、訂正印による修正もできません。記入内容に誤りがあった場合は、お手数ですが申請書を改めてご記入をお願いします。

※3 上記の証明書を提出し、また、子育て支援提供

※4 利用料の月額

※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40,300円、第3号認定の場合は45,700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：40,300(45,700)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：40,300(45,700)円× 転入先での認定日からの日数÷その月の日数