

【記入例】

請求日 令和 2 年 1 月 10 日

水巻町長

施設等利用費請求書（償還払い用）

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

【令和 元年 10 月～令和 元年 12 月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法  
のとおり請求しますので、指定  
なお、施設等利用費の審査に

必ず決められた四半期ごとに  
まとめて請求してください。

施設等利用費の給付について、下記  
下さい。

1. 申請者と認定子どもが、水巻町内に居住していることを水巻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水巻町が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を水巻町が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を水巻町が確認すること。

利用月	請求月	支払予定月
4月～6月	7月	8月
7月～9月	10月	11月
10月～12月	1月	2月
1月～3月	4月	5月

印鑑をお願いします。  
認印は可。ヤマトは不可。

1. 施設等利用給付認定係

フリガナ	ミズマキ タロウ	認定 子ども との 続柄	生年月日	昭和 平成 60 年 1 月 1 日
氏名	水巻 太郎		現住所	〒 807 - 0022 水巻町 頃末北1丁目1番1号 電話： 093 - 201 - 4321
※振込先は請求者名義の口座です				

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	12345
生年月日	平成 令和 27 年 5 月 1 日	フリガナ	ミズマキ コスモス
令和 元年 10 月 1 日～令和 元年 12 月 31 日の間の住所		氏名	水巻 秋桜
<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			令和 年 月 日

施設を利用した期間(上記の請求期間)の  
状況を記入してください。

3. 振込先(認定保護者=請求者名義)

<input type="checkbox"/> 前回請求した口座と同じ	→ 口座の記入 および 通帳等の写しの提出は不要
<input checked="" type="checkbox"/> 初めての請求・口座の変更	→ 口座の記入 および 通帳等の写しの提出が必要
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	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
▲▲ 農協・信用組合	出張所 口座名義(カタカナ) ミズマキ タロウ

※1 振込先を確認できる通帳等の写しを提出してください。(前回請求した口座と同じ場合は提出不要)

通帳のコピーを忘れない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・病児保育・ファミリーサポートセンター事業を記入(複数記入可)

①	フリガナ	マルマルホイクエン	所在地	〒 807 - 0000 北九州市八幡西区〇〇番〇〇号 電話： 093 - 603 - 0000
	施設名	〇〇保育園・認可外保育施設		
	契約している利用料※2	<input checked="" type="checkbox"/> 月額 30,000 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円		
②	フリガナ	シカクシカクホイクショ	所在地	〒 807 - 0000 水巻町古賀〇丁目〇番〇〇号 電話： 093 - 201 - 0000
	施設名	〇〇保育所・一時預かり事業		
	契約している利用料※2	<input type="checkbox"/> 月額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 日額 2,000 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円		

<裏面も記入して下さい>

③	フリガナ	サンカクサンカクビョウイン	所在地	〒 811 - △△△△	
	施設名	△△病院・病児保育事業		遠賀町尾崎△△番△△号	
	電話	093 - 281 - △△△△			
契約している利用料※2		<input type="checkbox"/> 月額	円 <input checked="" type="checkbox"/> 日額	2,000 円 <input type="checkbox"/> 時間額	円
④	フリガナ	ホシホシ	所在地	〒 807 - ☆☆☆☆	
	施設名	☆☆(協力会員氏名)・ファミリーサポートセンター事業		水巻町頃末南☆丁目☆☆番☆☆号	
	電話	093 - 202 - ☆☆☆☆			
契約している利用料※2		<input type="checkbox"/> 月額	円 <input type="checkbox"/> 日額	円 <input checked="" type="checkbox"/> 時間額	800 円
⑤	フリガナ		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	円

※①～⑤に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、別紙等に記載して下さい。

※2 該当箇所に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)(a) ※3 ※4	一時預かり事業・病児保育・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)
令和元年 10 月	30,000 円	8,800 円	38,800 円	37,000 円	37,000 円
令和元年 11 月	30,000 円	10,000 円	40,000 円	37,000 円	37,000 円
令和元年 12 月	30,000 円	4,800 円	34,800 円	37,000 円	34,800 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下さい。  
また、ファミリーサポートセンター事業を利用した場合は、援助を行う会員が発行した活動報告書も添付して下さい。

※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下さい。(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