

施設等利用費の請求受付は、**2月、5月、8月、11月の10日～20日**です。
 請求の詳細については、認定申請時に保育課窓口でお渡しした「**給付の請求及び支払について**」をご覧ください。

請求日 令和〇〇年△△月××日

記入例

(宛先) 豊田市長

施設等利用費請求書

施設等利用費の請求の時効は2年です。利用年月から2年を超えた利用料は請求できなくなります。

保育・子育て援助活動支援事業の施設等利用費

私に
下記の

請求書の内容に訂正がある場合は、新しく書き直していただくか、訂正箇所を二重線で見え消しし「1施設等利用給付認定保護者(請求者)の横と、訂正箇所に押印してください。

第1項の規定に基づき、施設等利用費の給付について、口座に振り込んでください。

1 認定保護者(請求者)

フリガナ	トヨタ タロウ	生年	昭和	〇〇年〇〇月△△日
氏名	豊田 太郎	月日	平成	
	※振込先は請求者名義の口座です	続柄	父	子どもから見た続柄
現住所	〒 ●●●●-●●●● 豊田市〇〇町〇丁目〇番地	電話	●●-●●●●-●●●●	

施設等利用給付認定結果通知書に記載されている認定番号(8桁)を記入してください。

2 認定子ども(認定子どもごとに申請してください)

施設等利用給付認定の認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号	認定番号	△△△△△△△△
フリガナ	トヨタ ハナコ	生年月日	平成 令和 〇〇年〇〇月△△日
氏名	豊田 花子		

3 請求の内訳

利用年月	20××.□□	20××.△△	20××.〇〇			
認可外保育施設 (a) ※1 ※2	35,000 円	30,000 円	13,000 円			
一時預かり事業 (b) ※1		2,000 円				
病児保育 (c) ※1	3,000 円					
子育て援助活動支援事業 (d) ※1						
支払額合計 (e=a+b+c+d)	38,000 円	32,000 円	13,000 円			
月額上限額 (f) ※3	37,000 円	37,000 円	10,741 円			
請求額 (eとfで少ない額)	37,000 円	32,000 円	10,741 円			

領収証、提供証明書が揃っている月分、まとめて請求することができます。請求の内訳には、**食材料費等の実費徴収分を除いた金額**を記入してください。

例) 12/10 市外転出した場合 (※3の日割り計算が必要)
 $37,000 \text{ 円} \times 9 \text{ 日} \div 31 \text{ 日} = 10,741 \text{ 円}$

- ※1 上記で記入した利用料を施設・事業に支払ったことを証明する「領収証」と「提供証明書」をすべて添付してください(コピーは不可)。子育て援助活動支援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、当該利用料を設定してください。(1円未満の端数がある場合は切り捨て)
- ※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号認定の場合は月額10,741円です。また、認定期間が終了する場合は、認定終了日までの日数÷その月の日数×月額上限額(37,000円(42,000円))を請求します。また、認定期間が開始される場合は、認定開始日からの日数÷その月の日数×月額上限額(37,000円(42,000円))を請求します。

保育課使用欄	受付者	給付決定額	円
--------	-----	-------	---

4 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業を記入（複数記入可）※①～⑤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	ニカガ 休イセツ〇〇		所在地	〒●●●-●●●● 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号：■●●■-■●-■●●■
	施設・事業名	認可外保育施設〇〇			
	契約している利用料 ※4	<input checked="" type="checkbox"/> 月額 35,000 円	<input type="checkbox"/> 日額 円		<input type="checkbox"/> 時間額 円
②	フリガナ	×××トドモ		所在地	〒●●●-●●●● 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号：■●●■-■●-■●●■
	施設・事業名	×××こども園			
	契約している利用料 ※4	<input type="checkbox"/> 月額 円	<input checked="" type="checkbox"/> 日額 2,000 円		<input type="checkbox"/> 時間額 円
③	フリガナ	△△ヒョウイン□□		所在地	〒●●●-●●●● 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号：■●●■-■●-■●●■
	施設・事業名	△△病院□□			
	契約している利用料 ※4	<input type="checkbox"/> 月額 円	<input type="checkbox"/> 日額 円		<input checked="" type="checkbox"/> 時間額 300 円
④	フリガナ			所在地	〒
	施設・事業名				
	契約している利用料 ※4	<input type="checkbox"/> 月額 円	<input type="checkbox"/> 日額 円		<input type="checkbox"/> 時間額 円
⑤	フリガナ			所在地	〒
	施設・事業名				
	契約している利用料 ※4	<input type="checkbox"/> 月額 円	<input type="checkbox"/> 日額 円		<input type="checkbox"/> 時間額 円

利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業をすべて記入してください。

※4 該当箇所にレを記入し金額を記入してください。

5 振込先

- ① 変更なし
 ② 初回請求・変更あり

初回請求及び前回の振込先から変更したい場合は、振込先をご記入ください。①の変更なしを選んだ場合、記入は不要です。

金融機関名	〇〇〇	銀行・信用金庫 農協・信用組合	△△△	支店 出張所
	(金融機関コード： ●●●●)		(支店コード： ■■■)	
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	(外) 口座名義	トヨタ タロウ 豊田 太郎	は請求者氏名と同じです

初回請求時は必ず振込先の記入が必要となります。

【ゆうちょ銀行の場合】
 ・支店・出張所名：不要
 ・金融機関コード：9900
 ・支店コード：通帳記号 5 桁の真ん中 3 桁
 例) 12340 ⇒ 234
 ・口座番号：下 1 桁の「1」を除いた 7 桁
 例) 01234561 ⇒ 0123456