

（宛先） 豊田市長

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。

施設等利用費請求書

別支援学校幼稚部の預かり保育

施設等利用費の請求の効力は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。

第11第1項の規定に基づき、施設等利用費の給付について、振込先口座に振り込んでください。

1 施設等利用給付認定保護者（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	〇〇年〇〇月△△日
※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	電話番号	●●●-●●●●-●●●●	

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	☒ 第2号 ☐ 第3号	認定番号	△△△△△△△△
フリガナ	トヨタ ハナコ	生年月日	平成 〇〇年〇〇月△△日
氏 名	豊田 花子	生年月日	令和 〇〇年〇〇月△△日

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。

3 在籍園の預かり保育事業と認可外保育施設

利用年月	2026.9月	2026.10月	例) 11/16 市外転出（認定終了）※2の日割計算が必要 転出までに以下のとおり利用した場合 ・ 預かり保育（預）を10日間（1日500円） ・ 認可外保育施設（認）を2日間（1日1000円） 【支給上限額の算出】 （預）490円×10日＝4,900円 （認）12,300円×15日÷30日＝6,150円 【利用料の算出】 （預）500円×10日＝5,000円 （認）1,000円×2日＝2,000円 【支給額の算出】 （預）上限額4,900円＜利用料5,000円 4,900円 （認）6,150円－4,900円＝1,250円 上限額1,250円＜利用料2,000円 1,250円 支給合計額 4,900円＋1,250円＝6,150円
在籍園の預かり保育事業			
施設に支払った金額 (a)※1	10,000円	5,000円	
利用日数	20日	10日	
対象額 (b) (b＝1日あたり上限額×利用日数)	9,000円	4,900円	
aとbで少ない額 (c)	9,000円	4,900円	
認可外保育施設に支払った金額 (d)※1	3,000円	2,000円	
一時預かり事業に支払った金額 (e)※1	1,000円	円	
病児保育に支払った金額 (f)※1	円	円	
子育て援助活動支援事業に支払った金額 (g)※1	円	円	
月額上限額 (h)※2	11,300円	6,150円	円
請求額 （「c+d+e+f+g」とhで少ない額）	11,300円	6,150円	円

d～gは裏面5に記入できない場合、記入できません。

を施設・事業
援助活動支援

市保育課で審査し、保護者の請求額と給付決定額が異なる場合のみ、「施設等利用費給付決定通知書」を発行し、給付決定額をお知らせします。

行した「活動報告書」を添付してください。

※2 月額上限額

利用年月	2026.9月以前の利用分	2026.10月以降の利用分
第2号認定（1日あたり上限額）	11,300円（450円）	12,300円（490円）
第3号認定（1日あたり上限額）	16,300円（450円）	17,700円（490円）

月途中で利用開始（終了）する場合

1日あたり上限額× 幼稚園等入所日以降（退所日まで）の預かり利用日数…㊦（1円未満切り捨て）
さらに認可外保育施設等が利用可能な場合は、
（月額上限額× 転入先での認定日から（終了日まで）の日数÷ その月の日数）－ ㊦ を加算

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

4 在籍する幼稚園・認定こども園・特別支援学校について

フリガナ	ヨウチエン	所在地	〒●●●-●●●● 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
施設名称	幼稚園	(市外園のみ記入)	

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給付を受けることができる場合※4 (は記入(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	ニカガキ保育園	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		
	契約している利用料 ※4	☐ 月額 円 ☒ 日額 1,000 円 ☐ 時間額 円 ☐ その他 () 円		
②	フリガナ	△△病院	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	☐ 月額 円 ☐ 日額 円 ☒ 時間額 500 円 ☐ その他 () 円		
③	フリガナ		〒	
	施設・事業名			電話番号：
	契約している利用料 ※4	☐ 月額 円 ☐ 日額 円 ☐ 時間額 円 ☐ その他 () 円		
④	フリガナ		〒	
	施設・事業名			電話番号：
	契約している利用料 ※4	☐ 月額 円 ☐ 日額 円 ☐ 時間額 円 ☐ その他 () 円		

※4 「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給付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事業の提供時間数が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。

※5 該当箇所にレを記入し金額を記入してください。

6 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、振込先を記入してください。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	☒ 普通 ☐ 当座			
口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	(加付) 氏名義	トヨタ タロウ 豊田 太郎	※口座名義は請求者氏名と同じです

初回請求時は振込先の記入が必要です。

【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