

岩倉市長

施設等利用費請求書（償還払い用）

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部の預かり保育事業の施設等利用費

【令和5年9月～令和6年3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。

1. 申請者と認定子どもが、岩倉市内に居住していることを岩倉市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岩倉市が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を岩倉市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を岩倉市が確認すること。
5. 記入した請求額等に誤りがあった場合に岩倉市が訂正すること。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

フリガナ		認定 子ども との 続柄	生年月日	年	月	日
氏名			現住所	電話：		

2. 認定子ども(認定子どもごとに申請して下さい)

施設等利用給付認定の区分	<input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号
生年月日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
<input type="checkbox"/> 現住所のとおり又は市内で転居 <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. 在籍する幼稚園・認定こども園・特別支援学校について記入

フリガナ		所在地	〒
施設名称		(市外の場合のみ記入)	電話：
令和5年9月1日～令和6年3月31日の間の在籍状況		<input type="checkbox"/> 期間中在籍	<input type="checkbox"/> 途中入園した <input type="checkbox"/> 途中退園した
上記で、途中入園または途中退園に該当した場合はその年月日を記入		年 月 日	

4. 償還払いの振込先を記入して下さい(※1、※2)

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 申請者の名義の口座にしてください。

※2 振込先の口座番号等が確認できる資料（通帳の写し等）を添付してください。

<裏面も記入して下さい>

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償還払いを受けることができる場合は記入(※3)

* ①～③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。

①	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ記入)	〒
	施設名			電話:
②	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ記入)	〒
	施設名			電話:
③	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ記入)	〒
	施設名			電話:

※3 「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償還払い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。

6. 在籍園の預かり保育事業と、認可外保育施設等の利用(※4参照)における施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入

利用年月	在籍園の預かり保育事業				認可外保育施設等に支払った金額(d) ※4 ※5	請求額 ※6 (「c+d」か月額上限額の低い方を記入)
	施設に支払った金額(a) ※5	利用日数	対象額(b) (450×利用日数)	aとbの金額の低い方を記入(c)		
令和5年9月	円	日	円	円	円	円
令和5年10月	円	日	円	円	円	円
令和5年11月	円	日	円	円	円	円
令和5年12月	円	日	円	円	円	円
令和6年1月	円	日	円	円	円	円
令和6年2月	円	日	円	円	円	円
令和6年3月	円	日	円	円	円	円

※4 「認可外保育施設等に支払った金額」は、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日未満の場合のみ記入が可能です。

※5 上記で記入した「施設に支払った金額」及び「認可外保育施設等に支払った金額」を証明する領収証(口座振替の場合は通帳コピー等の確認ができる書類等)と特定子ども・子育て支援提供証明書を添付して下さい。

※6 月額上限額は、施設等利用給付認定の区分が第2号の場合は11,300円、第3号の場合は16,300円となります。「c+d」がこれを超える場合は、それぞれの月額上限額を記入して下さい。

市記入欄(記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 請求額等の計算誤りのため朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳や認定状況を確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 添付書類を確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 利用施設を確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> 請求者に確認のうえ朱書き訂正 <input type="checkbox"/> その他()	給付決定額	円
	訂正者:	<input type="checkbox"/> 訂正印のない訂正箇所は請求者本人によるものであることを確認 <input type="checkbox"/> 通帳の写し等はきょうだいに添付 <input type="checkbox"/> その他()