

最大3か月の利用料をまとめて払い戻し請求できます。

請求日 令和 3 年 1 月 6 日

徳島市長 殿

施設等利用費 書 (償還払い用)

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 2 年 10 月 ~ 令和 2 年 12 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。

「施設等利用給付認定決定通知書」の「保護者」欄に記載の保護者の氏名を記載してください。

※異なる場合は、利用料の払い戻しができない可能性があります。

3. 利用料が対象施設に確認すること。

4. 課税状況を確認すること。

1. 施設等利用給付認定保護者(請求者) ※施設等利用給付認定決定通知書に記載された保護者が請求者となります。

| | | | | | |
|------|----------|-----------|---|------|--------------------------------|
| フリガナ | トクシマ タロウ | 認定子どもとの続柄 | 父 | 生年月日 | 昭和 60 年 1 月 1 日 |
| 氏名 | 徳島 太郎 | 印 | | 現住所 | 徳島市●●町●番地 電話: 090-XXXX-XXXX |

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 | XXXXXXXX |
| 生年月日 | 平成 27 年 1 月 1 日 | フリガナ | トクシマ ハナコ |
| 請求開始月の月初から請求終了月の月末までの住所 | 氏名 徳島 花子 | | |
| <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)

| | | |
|------------------|------------|--|
| 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 ●● 支店 | 口座番号 | ● ● ● ● ● ● ● ● |
| 農協・信用組合 出張所 | 口座名義(カタカナ) | トクシマ トクコ |

※1 施設等利用給付認定保護者口座名義が異なる振込先を指定する場合は、裏面の代理受領欄に記入してください。

銀行名、支店名、口座番号、口座名義人がわかる「預金通帳」の該当ページのコピーを一緒に提出してください。

| | | | | |
|-------------|------|--|-----|---|
| ① | フリガナ | ●●ホイクエン | 所在地 | 〒770-XXXX 徳島市●●1丁目●● 電話: 088-XXX-XXXX |
| | 施設名 | ●●保育園 | | |
| 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 | ●●クリニック | 所在地 | 〒770-XXXX 徳島市●●2丁目●● 電話: 088-XXX-XXXX |
| | 施設名 | ●●クリニック | | |
| 契約している利用料※2 | | <input type="checkbox"/> 月額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 日額 1,800 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 | | |
| ③ | フリガナ | ●●ファミリーサポートセンター | 所在地 | 〒770-XXXX 徳島市●●3丁目●● 電話: 088-XXX-XXXX |
| | 施設名 | ●●ファミリーサポートセンター | | |
| 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 700 円 | | |

<裏面も記入して下さい>

| | | | | | |
|-------------|------|------|--------|---------|---|
| ④ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □ 月額 | 円 □ 日額 | 円 □ 時間額 | 円 |
| ⑤ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □ 月額 | 円 □ 日額 | 円 □ 時間額 | 円 |
| ⑥ | フリガナ | | 所在地 | 〒 | |
| | 施設名 | | | 電話: | |
| 契約している利用料※2 | | □ 月額 | 円 □ 日額 | 円 □ 時間額 | 円 |

※①～⑥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、当該利用料の月額相当

施設から交付される提供証明書の「特定子ども・子育て支援利用料」欄に記載の金額を記入してください。

★「給食代」や「おやつ代」等を除いた利用料金です。

5. 認可外保育施設・預かり事業・保育・子育て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 | 認可外に支払った月額利用料(保育料)(a) ※3 ※4 | 預かり事業・保育・子育て活動支援事業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2年10月 | 30,000 円 | 4,600 円 | 34,600 円 | 37,000 円 | 34,600 円 |
| 令和2年11月 | 30,000 円 | 12,300 円 | 42,300 円 | 37,000 円 | 37,000 円 |
| 令和2年12月 | 30,000 円 | 5,300 円 | 35,300 円 | 37,000 円 | 35,300 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、子育て支援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を添付して下さい。

※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。(小数点以下、切り捨て)

「1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)」と「振込先の口座名義人」が異なる場合は、必ず記載して下さい。

★代理人欄「振込先の口座名義人」に関する内容

★請求者欄「1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)」に関する内容

通りとなります。

日数

数÷その月の日数

6. 代理受領 ※施設等利用給付認定保護者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、必ず記入して下さい。

| | | | | |
|------|------|--|-------------|-----------------------|
| 代理人欄 | フリガナ | トクシマ トクコ | 生年月日 | 令和3年1月6日 |
| | 氏名 | 徳島 徳子 印 | 昭和60年12月31日 | 左記の代理人に償還払いの受領を委任します。 |
| | 住所 | 徳島市●●町●番地 | 性別 | 請求者との関係 |
| | | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | 妻 | 請求者 |
| | フリガナ | トクシマ タロウ | 氏名 | 徳島 太郎 印 |