

記載例

東海市在住者用

請求日 令和 年 月 日

(宛先) 東海市長

日付は記入しないでください。

施設等利用費請求書（償還払い用）

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

「①令和8年4月分」から「②令和8年6月分」までの請求用

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、東海市内に居住していることを東海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東海市が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を東海市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を東海市が確認すること。

1. 施設等利用給付認定保護者（請求者）

フリガナ	トウカイ 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	東海 太郎 ※振込先口座名義と同一としてください。			現住所	東海市中央町一丁目 電話：052-603-2211

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	1111111
生年月日	令和 2年 7月 1日	フリガナ	トウカイ ハナコ
①～②の間の住所		氏名	東海 花子
<input 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			

償還払いの請求を初めてする方はチェックをせず、口座情報を記入してください。

3. 償還払いの振込先を記入して下さい（※）

前回と同じ口座に振込 ※前回と同じ口座に振りこむ場合、以下の口座情報の記入は不要です。

金融機関名	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
ABC 銀行・信用金庫 東海 支店 出張所	口座番号	2 2 2 2 2 2 2
農協・信用組合	口座名義(カタカナ)	トウカイ タロウ

※ 申請者同一の口座名義としてください。

4. 請求額

利用年月	請求額
4月分～6月分	円

請求額は、別紙請求額内訳書で計算した合計額を記入してください。

【添付書類】

- (1) 請求額内訳書（上記4の請求額と金額の合計が一致するもの）
- (2) 上記で記入した請求額を支払ったことを証明する書類（施設からの領収証等）
※ファミリー・サポート・センター事業を利用した場合は不要
- (3) 請求額に係る利用施設・事業すべての提供証明書
※ファミリー・サポート・センター事業を利用した場合は、提供証明書に代わり援助会員が発行した活動報告書

<裏面も記入して下さい>

5. 幼稚園・認定こども園・特別支援学校（以下「幼稚園等」という）に在籍する場合は記入してください

フリガナ	●●ヨウチエン	所在地	〒
幼稚園等の名称	●●幼稚園	(市外の場合のみ記入)	電話：
①～②の期間の在籍状況		<input checked="" 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

6. 認可外保育施設に在籍（又は利用）する場合は記入してください（複数記入可）

フリガナ	●●ホイクエン	所在地	〒 ●●●●-●●●●
(1)認可外保育施設の名称	●●保育園	(市外の場合のみ記入)	大府市 ●● 電話： ●●●●-●●-●●●●
①～②の期間の在籍状況		<input type="checkbox"/> 期間中在籍	<input checked="" 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		令和	8年 5月 1日
フリガナ		所在地	〒
(2)認可外保育施設の名称		(市外の場合のみ記入)	電話：
①～②の期間の在籍状況		<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

7. 利用した一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業を記入（複数記入可）

①	フリガナ	トカイシツツオホホイクエン	所在地 (市外の場合のみ記入)	〒
	施設名	東海市立大田保育園（一時預かり事業）		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：
④	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ記入)	〒
	施設名			電話：

【上記6・7に係る注意事項】

※幼稚園等の在籍者で、幼稚園等の預かり保育事業以外に、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利用費の償還払いを受けることができる場合は、在籍する幼稚園等の預かり保育事業が、「①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「②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。

※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。