

記載例

様式第9号

南幌町長 様

①請求書の提出年月日をご記入ください。

①

請求日 令和 3 年 0 月 0 日

②預かり保育を利用した月についてご記入ください。

②

施設等利用費請求書（償還払い用）

認定こども園・特別支援学校幼稚園の預かり保育事業の施設等利用費
【令和 3 年 0 月 ～令和 3 年 0 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、下記のとおり請求しますので、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、南幌町内に居住していることを南幌町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南幌町が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を南幌町が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を南幌町が確認すること。

③

1. 施設等利用費の給付認定保護者（請求者）

フリガナ	ナンボロ タロウ	認定子どもとの続柄	父	生年月日	昭和 平成 60 年 3 月 16 日
氏名	南幌 太郎	印		〒	069 - 0232
			現住所		南幌町緑町〇丁目〇番〇号
			電話		080-0000-△△△△

③請求者氏名、住所、電話番号等をご記入ください。
印鑑は必ず押してください。

④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	000000330000
生年月日	平成 令和 29 年 10 月 10 日	フリガナ	ナンボロ イチロウ
令和3年〇月〇日～令和3年〇月〇日の間の住所		氏名	南幌 一郎
<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			
で転入または転出に該当した場合は転入・転出日を記入		令和 年 月 日	

④認定を受けているお子さんについてご記入ください。

⑤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	ニンテイトモエンナンボロストリ/ヨウチエン	所在地 (市外の場合のみ記入)	〒 069 - 0214 南幌町南14線西7番地
施設名称	認定こども園南幌みどり野幼稚園	電話	011-378-0070
令和3年〇月〇日～令和3年〇月〇日の間の在籍状況	<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		令和 年 月 日	

⑤在籍する幼稚園、認定こども園についてご記入ください。

⑥償還払いの振込先を記入して下さい

金融機関名	銀行・信用金庫 南幌町 農協 信用組合	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
支店 出張所	本所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
		口座名義（カタカナ）	ナンボロ タロウ

⑥振込先は③で記載した認定保護者（請求者）と同じ口座名義（カタカナ）をご記入ください。
請求者と振込先の口座名義が相違した場合は、振込みできませんのでご注意事項。
必ずお手元の通帳を確認してご記入ください。（金融機関名、支店名等確認願います。）

⑦

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(※1)

※①～⑤に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載して下さい。

①	フリガナ		所在地	〒	—
	施設・事業名			電話:	
②	フリガナ		所在地	〒	—
	施設・事業名			電話:	
③	フリガナ		所在地	〒	—
	施設・事業名			電話:	
④	フリガナ		所在地	〒	—
	施設・事業名			電話:	
⑤	フリガナ		所在地	〒	—
	施設・事業名			電話:	

⑦在籍する園の預かり保育事業以外に認可外保育施設等を利用し、利用費を支払いした場合のみご記入ください。

※1 「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(※2 参照)における施設等利用費の償還払いの内訳を記入

⑧

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) ※2 ※3	請求額 ※4 (「c+d」が月額上限額の低い方を記入)
	施設に支払った金額(a) ※3	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3年〇月	9.000円	20日	9.000円	9.000円	0円	9.000円
令和3年〇月	10.000円	20日	9.000円	9.000円	0円	9.000円
令和3年〇月	7.750円	15日	6.750円	6.750円	0円	6.750円

※2 「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

⑧施設から発行される領収証及び提供証明書に記載されている金額、日数をご記入ください。

a欄は施設に支払った金額をご記入ください。

対象額b欄は450円×利用日数の金額をご記入いただき、**c欄**は実際に支払った金額と対象額と低い方の金額をご記入ください。

請求額※4欄は、**c欄**か**d欄**の上限額の低い方の金額をご記入ください。

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 健康子育てグループ

電話 011-378-5888(内線209)
FAX 011-378-5255

平日 8:30~17:00
(土日祝日と12月31日~1月5日を除く)