

<裏面も記入してください>

(宛先) 伊丹市長

請求日 20 年 月 日

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利用費

【20 年 月 ~ 20 年 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ください。

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. 保護者と認定子どもが、伊丹市内に居住していることを伊丹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伊丹市が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を伊丹市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を伊丹市が確認すること。

1. 保護者(請求者) ※償還払いの場合の振込先は申請者名義の口座です

フリガナ		認定 子ども との 続柄	生年月日 (西暦)			年		月		日
氏名			現住所	〒 - 伊丹市 電話: - -						

※本人が自署しない場合は記名押印してください。

2. 施設等利用給付認定子ども(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 type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号	生年月日 (西暦)	2	0		年		月		日			
フリガナ													
氏名													
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日の間の住所			左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			2	0		年		月		日
<input type="checkbox"/> 現住所のとおり <input type="checkbox"/> 転入した <input type="checkbox"/> 転出した													

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して下さい

フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒 -										
施設名称			電話: - -										
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日の間の在籍状況			左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			2	0		年		月		日
<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													

4. 在籍園の預かり保育事業と、認可外保育施設等の利用(※1)における施設等利用費の償還払い請求の内訳を記入して下さい

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) ※1 ※2	請求額 ※3 (「c+d」か月額上限 額の低い方を記入) ※訂正不可
	施設に支払った金額 (a) ※2	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)		
20 年 月	円	日	円	円	円	円
20 年 月	円	日	円	円	円	円
20 年 月	円	日	円	円	円	円
20 年 月	円	日	円	円	円	円
20 年 月	円	日	円	円	円	円
20 年 月	円	日	円	円	円	円

※1 「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。

※2 利用した施設等毎に、「特定子ども・子育て支援の提供に係る領収証兼提供証明書」を添付してください。(コピー可)

※3 月額上限額は、法第30条の4の認定種別が第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。

*自治体使用欄 途中入園日 2 0 年 月 日 途中退園日 2 0 年 月 日

<裏面も記入してください>

5. 償還払いの振込先銀行口座を記入して下さい(※4)

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)	※4	

※4 口座名義人と表面1.「保護者(請求者)」は同一人をお願い致します。

6. 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して下さい(※5)
 ※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。

①	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—
②	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—
③	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—
④	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—
⑤	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—
⑥	フリガナ		所在地 (市外の場合のみ 記入)	〒	—
	施設名称			電話:	—

※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」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。

※内容に訂正がある場合は、表面1.「保護者(請求者)」の氏名欄に押印のうえ、訂正箇所を二重線で消して訂正印を押印してください。但し、「請求額」訂正不可。