

記入例

長

施設等利用費請求書（償還払い用）

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園の預かり保育事業の施設利用費

【2025年 4月～2025年 9月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法第30条の1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。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。

書き間違えた場合、「氏名」欄中に押印のうえ、訂正箇所に二重線を引いて印鑑を押印し、空いているスペースに正しい内容を記入してください。（修正テープ・修正液等使用不可）

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	イタミ タロウ	認定子どもとの続柄	父	生年月日 (西暦)	1980年01月01日
氏名	伊丹 太郎			現住所	〒666-0000 伊丹市千僧1-1 電話：000-0000-0000

※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	☒ 第2号 ☐ 第3号	生年月日 (西暦)	2019年04月02日
フリガナ	イタミ ジロウ		
氏名	伊丹 二郎		
2025年4月1日～2025年9月30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	20 年 月 日
☒ 現住所のとおりに ☐ 転入した ☐ 転出した			

機械で読み取りますので、枠内に丁寧に記入ください。

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	〇〇〇〇ヨウチエン	所在地 (市外の場合のみ記入)	〒 -
施設名称	〇〇〇〇幼稚園	電話	-
2025年4月1日～2025年9月30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	20 年 月 日
☒ 期間中在籍 ☐ 途中入園した ☐ 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)		
2025年04月	12000円	20日	9,000円	9,000円		9,000円
2025年05月	16200円	27日	12,150円	12,150円		11,300円
2025年06月	12000円	20日	9,000円	9,000円		9,000円
2025年07月	16200円	27日	12,150円	12,150円		11,300円
2025年08月	12000円	20日	9,000円	9,000円		9,000円
2025年09月	16200円	27日	12,150円	12,150円		11,300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。異なる場合は、それぞれの月額上限額を記入して下さい。

「請求額」欄は訂正
できません。

*自治体使用欄 途中入園日 20 年 月 日 途中退園日 20 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	☒ 普通	☐ 当座				
〇〇〇	銀行・信用金庫	〇〇	支 店	口 座 番 号	1	1	1	1	1	1
	農協・信用組合		出張所	口座名義(カタカナ)	イタミ タロウ ※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。

ゆうちょ銀行の場合、支店名は漢数字 3 桁となります。
(例：四二八)

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。