

# 【認可外】記入例

請求日 令和 9 年 7 月 〇 日

(宛先) 三芳町長

## 施設等利用費請求書（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 9 年 4 月～令和 9 年 6 月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法に基づき、  
いて、下記の通り請求します。

なお、施設等利用費の審査（4月～6月・7月～9月・10月～12月・1月～3月）

1. 申請者と認定子どもが同一であること。
2. 実際に利用していることを三芳町が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を三芳町が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を三芳町が確認すること。

3か月分ごとにまとめてご請求ください

【施設等利用給付認定通知書】  
のとおり記入してください

### 1. 施設等利用給付認定保護者（請求者）

|      |          |                       |   |      |                                               |
|------|----------|-----------------------|---|------|-----------------------------------------------|
| フリガナ | ミヨシ イチロウ | 認定<br>子ども<br>との<br>続柄 | 父 | 生年月日 | 昭和63年 1 月 1 日                                 |
| 氏 名  | 三芳 一郎    |                       |   | 現住所  | 三芳町藤久保1100-1<br>三芳マンション101<br>電話：049-255-0019 |

### 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 | 0007654123 |
| 生年月日                                                                                                    | 令和 4 年 10 月 16 日                                                     | フリガナ | ミヨシ ハナコ    |
| 利用から請求までの期間中の住所                                                                                         |                                                                      | 氏 名  | 三芳 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・転出の日                                                                               |                                                                      |      |            |

「1. 施設等利用給付認定保護者（請求者）」の  
名義の口座をご指定ください

### 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 当座 |
| △△△△ 銀行・信用金庫 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7                             |
| 農協・信用組合      | 出張所  | 口座名義（カタカナ）                                |
|              |      | ミヨシ イチロウ                                  |

※1 申請者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、三芳町指定の委任状を提出してください。

### 4. 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業を記入（複数記入可）

|   |             |                                                                                                              |     |                                           |
|---|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------|
| ① | フリガナ        | マルマルホイクシツ                                                                                                    | 所在地 | 〒000-0041<br>〇〇市1234-5<br>電話：012-345-6666 |
|   | 施設名         | 〇〇保育室                                                                                                        |     |                                           |
|   | 契約している利用料※2 | <input checked="" type="checkbox"/> 月額 50,000 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円 |     |                                           |
| ② | フリガナ        |                                                                                                              | 所在地 | 〒                                         |
|   | 施設名         |                                                                                                              |     |                                           |
|   | 契約している利用料※2 | <input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円                   |     |                                           |
| ③ | フリガナ        |                                                                                                              | 所在地 | 〒                                         |
|   | 施設名         |                                                                                                              |     | 電話：                                       |
|   | 契約している利用料※2 | <input type="checkbox"/> 月額 円 <input type="checkbox"/> 日額 円 <input type="checkbox"/> 時間額 円                   |     |                                           |

<裏面も記入して下さい>

|             |        |                             |                               |                                |   |
|-------------|--------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|
| ④           | フリガナ   |                             | 所在地                           | 〒<br>電話：                       |   |
|             | 施設・事業名 |                             |                               |                                |   |
| 契約している利用料※2 |        | <input type="checkbox"/> 月額 | 円 <input type="checkbox"/> 日額 | 円 <input type="checkbox"/> 時間額 | 円 |
| ⑤           | フリガナ   |                             | 所在地                           | 〒<br>電話：                       |   |
|             | 施設・事業名 |                             |                               |                                |   |
| 契約している利用料※2 |        | <input type="checkbox"/> 月額 | 円 <input type="checkbox"/> 日額 | 円 <input type="checkbox"/> 時間額 | 円 |
| ⑥           | フリガナ   |                             | 所在地                           | 〒<br>電話：                       |   |
|             | 施設・事業名 |                             |                               |                                |   |
| 契約している利用料※2 |        | <input type="checkbox"/> 月額 | 円 <input type="checkbox"/> 日額 | 円 <input type="checkbox"/> 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、全戸等に記載して下さい。

※2 該当施設（四半期）の「領収書」の「特定子ども・子育て支援利用料」を転記して下さい。  
日用品や通園送迎日等実費は含めないでください。  
利用料の設定が月単位を超える場合は、当該期間の月数で除して、当該利用料の月額相当分を算定して下さい。

##### 5. 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の償還払い請求の内訳を記入

| 利用年月日   | 認可外保育施設に支払った月額利用料（保育料）<br>(a) ※3 ※4 | 一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業に支払った月額合計利用料<br>(b) ※3 | 支払額合計<br>(c=a+b) | 月額上限額<br>(d) | 請求額<br>(cとdを比較して小さい方) |
|---------|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| 令和 9年4月 | 50,000 円                            | 0 円                                            | 50,000 円         | 40,300 円     | 40,300 円              |
| 令和 9年5月 | 50,000 円                            | 0 円                                            | 50,000 円         | 40,300 円     | 40,300 円              |
| 令和 9年6月 | 50,000 円                            | 0 円                                            | 50,000 円         | 40,300 円     | 40,300 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、子育て援助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も添付して下さい。

※4 利用料の設定が月単位を超える場合（四半期、前期・後期など）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。（10円未満の端数がある場合は切り捨て）

※5 月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合は月額 40,300 円、第3号認定の場合は 45,700 円です。

月途中で認定期間が終了する又は開始される場合、もしくは市町村間の転出入の場合、額限度額は次の通りとなります。

- ・月途中で認定期間が終了する場合、または別の市町村へ転出する場合の限度額  
：40,300(45,700)円× 転出日までの日数÷その月の日数
- ・月途中で認定期間が開始される場合、または別の市町村から転入した場合の限度額  
：40,300(45,700)円× 転入先での認定日からの日数÷その月の日数