

清瀬市認可外保育施設等利用支援事業助成金交付申請書  
兼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（ファミリーサポート）の施設等利用費

【 年 月～ 年 月分】

清瀬市認可外保育施設等利用支援事業実施要領に基づき交付申請します。  
また、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、指定する口座に振り込んでください。  
なお、申込みにあたり、次の事項に同意します。

- 1. 申請者と認定子どもが、清瀬市内に居住していることを清瀬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清瀬市が対象施設に確認すること。
- 3. 利用料の支払い状況を清瀬市が対象施設に確認すること。
- 4. 課税状況を清瀬市が確認すること。

1. 申請者(保護者)

|      |   |    |     |               |
|------|---|----|-----|---------------|
| フリガナ |   | 続柄 | 現住所 | 日中連絡の取れる電話番号： |
| 氏名   | 印 |    |     |               |

2. 対象児童(対象児童ごとに申請ください)

|      |       |                                                                                              |  |
|------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| フリガナ |       | 在籍園名等                                                                                        |  |
| 氏名   |       | 年 月 日 ～ 年 月 日の間の住所                                                                           |  |
|      |       | <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                                                                  |  |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日                                                                                        |  |

3. 対象児童に兄弟姉妹が居る場合はご記入ください。(対象児童からみた続柄をご記入ください)

| 氏名   | 続柄 | 生年月日  | 年齢 | 居住状況     | 学校、在園名等 |
|------|----|-------|----|----------|---------|
| フリガナ |    | 年 月 日 | 歳  | 同居<br>別居 |         |
| フリガナ |    | 年 月 日 | 歳  | 同居<br>別居 |         |
| フリガナ |    | 年 月 日 | 歳  | 同居<br>別居 |         |
| フリガナ |    | 年 月 日 | 歳  | 同居<br>別居 |         |

4. 償還払いの口座情報

|     |                             |                      |                   |
|-----|-----------------------------|----------------------|-------------------|
| 振込先 | <input type="checkbox"/> 継続 | ：以前の振込先と同じ口座に振り込み    | ⇒ 以下の口座情報の記入は不要です |
|     | <input type="checkbox"/> 新規 | ：新規の申請または以前の振込先からの変更 |                   |
|     | <input type="checkbox"/> 変更 |                      | ⇒ 以下の口座情報の記入は必要です |

口座情報（振込口座は、申請者名義の口座となりますのでご注意ください。）

|         |         |       |     |            |                                                         |
|---------|---------|-------|-----|------------|---------------------------------------------------------|
| 金融機関コード |         | 支店コード |     | 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) |                                                         |

裏面

こちらは、「保育の必要性の認定」を受けた清瀬市にお住まいの認可外施設等を利用する3歳から5歳までの子どもと、住民税非課税世帯の0歳から2歳までの子どもを対象とする方が記入する欄です。

5. 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        |      | 所在地 | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |              |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |              |
| ② | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |              |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |              |
| ③ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |              |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |              |
| ④ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |              |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |              |
| ⑤ | フリガナ        |      | 所在地 | 〒<br><br>電話： |
|   | 施設・事業名      |      |     |              |
|   | 契約している利用料※2 | □ 月額 |     |              |

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

※1 該当箇所にはレを記入し金額を記入してください。利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期等）場合は、当該利用料を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、月額欄の□にレを記入し、算定した月額相当分を記入してください。

6. 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) | 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(b) | 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) |
|-------|-------------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|-----------------------|
| 年 月   | 円                             | 円                                       | 円                | 円            | 円                     |
| 年 月   | 円                             | 円                                       | 円                | 円            | 円                     |
| 年 月   | 円                             | 円                                       | 円                | 円            | 円                     |

※2 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領収証と特定子ども・子育て支援提供証明書をすべて添付してください。

※3 利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期など）場合は、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ください。（小数点以下切り捨て）

※4 月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合は月額37,000円、第3号認定の場合は42,000円です。  
途中で認定期間が終了する又は開始される場合か、市町村間の転出入の場合、月額限度額は次の通りとなります。  
・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：転出日までの日数÷その月の日数  
・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：転入先での認定日からの日数÷その月の日数