

(宛先) 春日井市長

## 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・病後児保育・子育て援助活動支援事業の施設等利用費

【令和 年 月～令和 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、次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、春日井市内に居住していることを春日井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春日井市が対象施設に確認すること。
3. 利用料の支払い状況を春日井市が対象施設に確認すること。
4. 課税状況を春日井市が確認すること。

### 1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

フリガナ		認定子どもとの続柄	生年月日	年	月	日
氏名			連絡先	父	—	—
			母	—	—	
現住所	〒 —		現住所が市外の場合 春日井の住所	〒 —		

### 2. 施設等利用費請求金額

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

※請求額の先頭に¥を記入してください

### 3. 振込先

金融機関名		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
銀行	支店 出張所	口座番号					
信用金庫		フリガナ					
農協		口座名義					

※振込先は請求者名義の口座としてください

--	--

保護者（請求者）名	
-----------	--

別紙明細書

1. 認定子ども

フリガナ		認定種別
氏名		<input type="checkbox"/> 2号
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 3号
フリガナ		認定種別
氏名		<input type="checkbox"/> 2号
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 3号

フリガナ		認定種別
氏名		<input type="checkbox"/> 2号
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 3号
フリガナ		認定種別
氏名		<input type="checkbox"/> 2号
生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 3号

2. 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病後児保育・子育て援助活動支援事業

①	施設名		所在地	市・町
②	施設名		所在地	市・町
③	施設名		所在地	市・町

3. 認可外保育施設・一時預かり事業・病後児保育・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

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)(a) ※1	一時預かり事業・病後児保育・子育て援助活動支援事業に支払った月額利用料(b) ※1	支払額合計(c=a+b)	月額上限額(d) ※2	請求金額(cとdを比較して小さい方)
令和 年 月	円	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円	円
令和 年 月	円	円	円	円	円
				請求金額(合計)	円

合計金額を請求書に転記してください↑

この請求書を提出し、無償化の給付を受けるには、施設を利用する前に「子育てのための施設等利用給付認定申請書」を市に提出し、保育の必要性の認定を受ける必要があります。

※1 添付書類：①利用料を支払ったことを証明する書類（領収証等）

②特定子ども・子育て支援提供証明書

子育て援助活動支援事業（ファミリーサポートセンター）を利用した場合は、①②ではなく「援助活動記録簿」を添付

※2 月額上限額 … 第2号認定：月額37,000円 第3号認定：42,000円

・他施設を利用しても無償化の対象となる幼稚園（※幼稚園か保育課に確認してください）に在籍している場合  
第2号認定：月額11,300円 第3号認定：16,300円

・給食費等の実費は無償化対象外です

◎ 不明な点は、春日井市保育課にお問い合わせください（電話 0568-85-6202）

--	--