

令和4年度 施設等利用費請求書(償還払い用)【4月1日～9月30日分】

西東京市長 宛

私は、子ども・子育て支援法第30条の1第1項の規定に基づき給付費を請求しますので、指定する振込先口座に振り込んでください。なお、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西東京市に居住していることを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及び利用料の状況を市が対象施設に確認すること。
3. 公簿や保育課に提出している税資料等で、市が課税状況を確認すること。
4. 不正または虚偽の申請があった場合、償還額の返還に応じること。

				令和 年 月 日 申請	
(認定保護者)	フリガナ		保護者 生年月日	年 月 日	
	氏名	印			
	住 所			日 中 連 絡 先	
	西東京市			自宅 父携帯・母携帯	
(認定子ども)	フリガナ		生年月日		認定区分
	氏名		年 月 日		2号・3号
	施設名		学年	入園月	認定番号
				年 月 日	

振込先口座(認定保護者(申請者)と同一の名義の口座を記入してください)

金融機関名			預金種目	普通・当座・その他
銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店 出張所	口座番号	
金融機関コード		支店コード	口座名義 カナ	

○認可外保育施設等利用状況

西東京市で無償化対象施設として該当する施設・事業等の確認は、事業者にご直接聞いていただくか、市ホームページをご覧ください。(市外の施設については、施設または所在市区町村へお尋ねください。)

①	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:
②	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:
③	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:
④	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:
⑤	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:
⑥	フリガナ 施設・事業名	所在地	〒 電話:

※ ①～⑥に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載してください。

裏面もご記入ください

○特定子ども・子育て支援に要した費用の額 及び 施設等利用費の請求金額

利用年月	認可外保育施設 に支払った 月額利用料 (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 (c = a + b)	月額上限額 (d)	請求額 (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
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円

※ (d) の月額上限額は、施設等利用給付第2号認定の場合は月額37,000円、第3号認定の場合は月額42,000円です。

【添付資料をご用意ください】

上記で記入した認可外保育施設等に支払った金額を証明する領収証(口座振替の場合は通帳のコピー等の確認ができる書類等)と特定子ども・子育て支援提供証明書を添付してください(いずれも施設が発行)。

ファミリー・サポート・センターを利用した場合は、援助を行う会員が発行した活動報告書を添付してください。

市記入欄	年 月 日 転入・転出・入園・退園(日割 /)							認定:
	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	合計	備考
認可外								
一時預かり								
ファミサポ								
その他								