

1. 請求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. 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 請求

[illegible]

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、事業者にご直接お問い合わせください。また、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		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			
②	フリガナ		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			
③	フリガナ		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			
④	フリガナ		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			
⑤	フリガナ		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			
⑥	フリガナ		所在地	〒 電話：
	施設・事業名			

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

[illegible]

※（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

窓口で提示した本人確認書類		マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・その他（ ）	
入力履歴	①	月 日	新規入力 ・ その他（ ）
	②	月 日	
	③	月 日	
	④	月 日	
	⑤	月 日	

	4 月分	5 月分	6 月分	7 月分	8 月分	9 月分	計
認可外保育施設							
一時預かり事業							
病児保育事業							
子育て援助活動支援事業							
計							