令和８年度　施設等利用費請求書(償還払い用)【４月～９月分】

西東京市長　宛

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．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。

※太枠内を記入してください。

令和　　年　　月　　日 請求

認定保護者（請求者）	フリガナ		生年月日		電話番号（日中に連絡がとれる番号）	
	氏名		年　月　日		ー　　ー 父携帯・母携帯・自宅・その他	
	住所	西東京市				
認定子ども（園児）	フリガナ		生年月日		入園年月	クラス年齢
	氏名		年　月　日		令和　年　月	０・１・２・３・４・５ 歳児
	施設名		認定区分	２号・３号	認定番号	
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	支店 出張所	支店番号	
	預金種目	口座番号			口座名義（カナ記入）	
	普通・当座 その他				※ 認定保護者と同一	

○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		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			

※ ①～⑥に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白又は任意の別紙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）
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
令和　年　月	円	円	円	円	円
令和　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

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							