

ご記入の際は以下の書類をお手元にご用意ください。

- ①「施設等利用給付認定通知書」
  - ②「特定子ども・子育て支援の提供に係る領収証」
  - ③「特定子ども・子育て支援提供証明書」または「援助活動報告書」
- ※筆記用具はボールペンをご使用ください。  
(容易に修正ができるボールペン等は使用しないで下さい)

- ・認可外保育施設
  - ・一時預かり事業
  - ・病児保育事業・ファミサポ
- を利用した方向け

# 記入例C

(宛先) 西宮市長

請求日 ○○年○月○日

無償化

## 幼児教育・保育の無償化に係る施設等利用費請求書（償還払い用）

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、下記のとおり請求しますので、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. 利用状況及び利用料の支払い状況を西宮市が利用施設等に確認すること。
2. 請求者と口座名義人が異なる場合には、名義人に施設等利用費の受領を委任したものとすること。

### 1. 施設等利用給付認定保護者(請求者)

|               |           |      |           |                   |
|---------------|-----------|------|-----------|-------------------|
| フリガナ          | ニシノミヤ タロウ |      | 〒         | 662-0049          |
| 保護者<br>名前     | 西宮 太郎     |      | 現住所       | 西宮市六湛寺<br>日中連絡がとれ |
| 認定子ども<br>との続柄 | 父         | 生年月日 | ○○年○○月○○日 |                   |

認印でも可。

施設等利用給付認定通知書の「認定番号」に記載されている番号を記入してください。  
※番号が5桁の方は、1桁目に"0"を追加して記入してください。

### 2. 認定子ども

|               |                                          |                              |                                                            |           |   |   |   |   |   |
|---------------|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|
| 認定区分(※1)      | <input checked="" type="checkbox"/> 新2号  | <input type="checkbox"/> 新3号 | 認定番号(※1)                                                   | 0         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| フリガナ          | ニシノミヤ ハナコ                                |                              | 生年月日                                                       | ○○年○○月○○日 |   |   |   |   |   |
| 名前            | 西宮 花子                                    |                              |                                                            |           |   |   |   |   |   |
| 請求対象期間(※2)の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 西宮市内 |                              | <input type="checkbox"/> 市外から転入した または 市外へ転出した → 転出入月( 年 月) |           |   |   |   |   |   |

いずれかに必ず☑してください。

### 3. 償還払いの振込先口座(下記のいずれかに必ず☑してください)

前回の施設等利用費<預かり保育等(預かり保育・幼稚園型一時預かり)・認可外保育等(一時預かり事業・病児保育事業・ファミサポ)請求時と同じ振込先を指定

今回新たに振込先を指定(西宮市に初めて施設等利用費の請求をする場合又は請求時の振込先口座を変更する場合は、下記口座情報を記入してください)

|       |                       |       |          |         |                                                                       |   |   |       |           |
|-------|-----------------------|-------|----------|---------|-----------------------------------------------------------------------|---|---|-------|-----------|
| 金融機関名 | △△ 銀行・信用金庫<br>農協・信用組合 | △△ 支店 | △△ 支店コード | △△ 預金種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |   |   |       |           |
| 口座番号  | 1                     | 2     | 3        | 4       | 5                                                                     | 6 | 7 | フリガナ  | ニシノミヤ タロウ |
|       |                       |       |          |         |                                                                       |   |   | 口座名義人 | 西宮 太郎     |

訂正がある場合は、取消し線を引いて、請求者印と同じ印を取消し線にかかるように押してください。

### 4. 利用施設について(下記のいずれかに必ず☑してください)

幼稚園(公立・私立・国立大学附属)・認定こども園(幼稚園として利用)・特別支援学校幼稚部に在籍 ⇒ 5へ  
(在籍している幼稚園等で預かり保育等の実施がない場合及び預かり保育等を利用せず、認可外保育施設等を併用した場合を含む)

上記施設に在籍しておらず、認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・ファミサポを利用 ⇒ 裏面6と7へ  
※保育所・認定こども園(保育所として利用)・地域型保育事業・企業主導型保育事業に在籍している方は対象となりません。

### 5. 幼稚園等の利用状況

(1) 在籍している幼稚園・認定こども園(幼稚園として利用)・特別支援学校幼稚部

|      |             |        |
|------|-------------|--------|
| フリガナ | 所在地(市外のみ記入) | 添付書類枚数 |
| 施設名  | 電話: - -     | 枚      |

(2) 預かり保育等の請求金額について(預かり保育等を利用せず、認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・ファミサポを併用した場合を含む)

| 利用年月 | 預かり保育・幼稚園型一時預かり |                              | 認可外保育施設 | 対象額合計<br>c+d<br>(e) | 支給上限額<br>(f) | 請求額(g)<br>eとfの金額の低い方 |
|------|-----------------|------------------------------|---------|---------------------|--------------|----------------------|
|      | 利用料(a)          | 利用日数<br>450円<br>×利用日数<br>(b) |         |                     |              |                      |
| 年 月  | 円               | 日                            | 円       | 円                   | 円            | 円                    |
| 年 月  | 円               | 日                            | 円       | 円                   | 円            | 円                    |
| 年 月  | 円               | 日                            | 円       | 円                   | 円            | 円                    |

記入不要です

※(d)を記入した方は利用施設について裏面6にも記入してください。

(a)(d) 提供証明書等に記載された各月の利用料および利用日数を転記してください。(通園送迎費、食材料費、行事費等の特定費用は除きます。)

ファミサポの場合は、援助活動報告書の報酬額の金額を記入してください。  
また、同一月中に複数施設で複数回利用料をお支払いされた場合は、各月の合計額を記入してください。

(d) 「認可外保育施設等の利用料」は、在籍している幼稚園等の預かり保育事業について、預かり保育を実施していない又は教育時間を含む平日の預かり保育事業の提供時間数が8時間未満又は年間(平日・長期休業中・休日の合計)開所日数200日未満の場合のみ記入してください。

(f) 認定区分が新2号の場合は11,300円、新3号の場合は16,300円となります。

**6. 認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・ファミリー・サポート・センター事業の利用状況**

認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・ファミリー・サポート・センター事業を利用した場合に記入してください。

|                |                                                                                                                                                         |                    |           |        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|--------|
| フリガナ           | ●●インターナショナルスクール                                                                                                                                         | 所在地<br>(市外のみ記入)    | ●●市○○町◎一◎ | 添付書類枚数 |
| ①施設名           | ●●インターナショナルスクール                                                                                                                                         | 電話: ○○ - ●● - ×××× |           | 6枚     |
| 特定子ども・子育て支援の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 |                    |           |        |
| フリガナ           | ニシノミヤシホイクエン                                                                                                                                             | 所在地<br>(市外のみ記入)    |           | 添付書類枚数 |
| ②施設名           | 私立 西宮保育園                                                                                                                                                | 電話: - -            |           | 2枚     |
| 特定子ども・子育て支援の内容 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 |                    |           |        |
| フリガナ           | ニシノミヤシファミリー・サポート・センター                                                                                                                                   | 所在地<br>(市外のみ記入)    |           | 添付書類枚数 |
| ③施設名           | にしのみやしファミリー・サポート・センター                                                                                                                                   | 電話: - -            |           | 5枚     |
| 特定子ども・子育て支援の内容 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input checked="" type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 |                    |           |        |
| フリガナ           |                                                                                                                                                         | 所在地<br>(市外のみ記入)    |           | 添付書類枚数 |
| ④施設名           |                                                                                                                                                         | 電話: - -            |           | 枚      |
| 特定子ども・子育て支援の内容 | <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業            |                    |           |        |

該当する施設ごとに領収証および提供証明書等、添付書類の枚数を記入してください。

「施設名」及び「特定子ども・子育て支援の内容」については「提供証明書」に記載された内容を記入してください。

請求が4か月分以上あり、記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、請求書を再度印刷して項目7を記入し、追加で添付してください。

請求対象期間中に市外から転入または市外へ転出した場合は、支給上限額が日割りとなる場合があります。市で計算を行うため、転出入者については、(f)および(g)に限り記入不要です。

**7. 認可外保育施設等の請求金額について (項目5を記入した方だけ記入不要です)**

| 利用年月 | 月額利用料記入欄       |                |               |              | 月額利用料合計<br>a+b+c+d<br>(e) | 支給上限額<br>(f) | 請求額(g)         |
|------|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------------------|--------------|----------------|
|      | 認可外保育施設<br>(a) | 一時預かり事業<br>(b) | 病児保育事業<br>(c) | ファミサポ<br>(d) |                           |              | eとfの金額の<br>低い方 |
| ○年1月 | 38,000円        | 0円             | 0円            | 0円           | 38,000円                   | 37,000円      | 37,000円        |
| ○年2月 | 30,000円        | 3,000円         | 0円            | 2,000円       | 35,000円                   | 37,000円      | 35,000円        |
| 年 月  | 円              | 円              | 円             | 円            | 円                         | 円            | 円              |

提供証明書等に記載された各月の利用料を転記してください。  
※ファミサポの場合は援助活動報告書に記載された報酬額の金額を転記してください。

(西宮市様式1) 特定子ども・子育て支援提供証明書

【年 月 分】

|      |    |      |    |      |             |             |
|------|----|------|----|------|-------------|-------------|
| フリガナ | 氏名 | フリガナ | 氏名 | 生年月日 | 年齢(実年齢に比して) | 年齢(実年齢に比して) |
|      |    |      |    |      |             |             |

| 特定子ども・子育て支援の内容<br>(注)口にしを記入                      | 提供した日(提供回数※1) | 提供時間※2 | 費用※3 |
|--------------------------------------------------|---------------|--------|------|
| <input type="checkbox"/> 幼児教育(認定こども園・幼稚園・特別支援学校) | 日 ~ 日         | 時 ~ 時  | 円    |
| <input type="checkbox"/> 認可外保育施設                 | 日 ~ 日         | 時 ~ 時  | 円    |
| <input type="checkbox"/> 一時預かり事業                 | 日 ~ 日         | 時 ~ 時  | 円    |
| <input type="checkbox"/> 病児保育事業                  | 日 ~ 日         | 時 ~ 時  | 円    |

※1 提供回数は、預かり保育事業のみ記載。 ※2 提供時間帯は、標準的な利用時間帯の記入でも可。 ※3 費用は特定子ども・子育て支援利用料の額を記入。

上記のとおり特定子どもに対し、特定子ども・子育て支援を提供したこと及び特定子ども・子育て支援の提供に同意したことを証明します。

設置者名称

主たる事務所の所在地

代表者職氏名

施設・事業所の名称

援助活動報告書(依頼会員用)

年 月 分 【依頼会員】 地区番号( ) 会員番号( ) 氏名( )

| 活動日 | 曜日 | 活動時間 | 活動内容 | 子ども人数 | 報酬額 | 交通費 | その他費用 | 合計額 | 備考 |
|-----|----|------|------|-------|-----|-----|-------|-----|----|
| 1   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 2   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 3   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 4   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 5   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 6   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 7   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 8   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 9   |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 10  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 11  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 12  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 13  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 14  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |
| 15  |    |      |      |       |     |     |       |     |    |

以上の内容で確認し、内容を訂正し提出した日の午後5時までに  
【提供会員】 地区番号( ) 会員番号( ) 氏名( )

【お問い合わせ先】  
西宮市役所保育幼稚園支援課 償還チーム  
電話番号：0798-35-3043