

特定子ども・子育て支援の提供に係る領収証兼特定子ども・子育て支援提供証明書

預かり保育事業・認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業の利用料

令和 7 年 4 月分

1 認定保護者及び認定子ども

認定保護者	フリガナ ヒガシヒロシマ タロウ	認定子どもの続柄
氏名	東広島 太郎	父
認定子ども	フリガナ ヒガシヒロシマ イチロウ	認定子どもの続柄
氏名	東広島 一朗	第1号 第2号 第3号

2 利用料金等の内訳

【特定子ども・子育て支援利用料】	30,000 円	①
当該月分の利用料(保育料)として		
【特定子ども・子育て支援利用料以外の領収金額】	8,000 円	②
日用品、文房具、行事参加費、食材料費、通園送迎費等として		
領収金額合計	38,000 円	①+②

3 利用した施設及び事業の内容

特定子ども・子育て支援の内容	※預かり保育のみ提供日数も記載	提供時間帯	費用
☐ 幼児教育	日～日	～	円
☐ 預かり保育	日～日(日)	～	円
☒ 認可外保育	1日～31日	7:30～18:30	30,000 円
☐ 一時預かり	日～日	～	円
☐ 病児保育	日～日	～	円
☐ 子育て援助活動支援事業	日～日	～	円

※1 認可外の居宅訪問型保育事業や子育て援助活動支援事業については、送迎のみは利用は対象外

※2 提供時間帯は、施設の標準的な利用時間帯の記入でも可

※3 費用は、上記①の特定子ども・子育て支援利用料の額を記載すること。

上記のとおり認定子どもに対し、特定子ども・子育て支援を提供したことを証明します。

法人等の名称	社会福祉法人 東広島会
主たる事務所の所在地	東広島市西条栄町8番29号
代表者職氏名	理事長 ○○ ○○ 代表者印
施設・事業所の名称	西条保育園
施設・事業所の所在地	東広島市西条栄町8番29号

東広島市長 様

領収証3か月分の期間を記載してください。

【令和7年4月～令和7年6月請求用】

請求日は毎年1月、4月、7月、10月の3か月ごと、年4回です。

請求月 2025 年 6 月 15 日

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、施設等利用給付認定保護者(請求者)及び認定子ども(認定子どもごとに申請してください。)の認定を申請します。

1. 申請者(認定保護者)を記載し、認定子どもごとに申請してください。

2. 実際に利用した施設・事業所を記載し、認定子どもごとに申請してください。

3. 利用料の額を記載してください。

4. 課税状況を東広島市が確認すること。

施設等利用給付認定保護者(請求者)及び認定子ども(認定子どもごとに申請してください。)

フリガナ	ヒガシヒロシマ タロウ	認定子どもの続柄	父	生年月日	昭和○○年 1 月 日	現住所	東広島市西条栄町8番29号	電話	082-420-0934
氏名									
認定番号	123456	法第30条の4の認定種別	第2号	第3号					
フリガナ	ヒガシヒロシマ イチロウ	生年月日	××年 3 月 21 日						
氏名	東広島 一朗	令和3年1月1日～令和3年3月31日の間の住所							
		■ 現住所のとおり □ 転入した □ 転出した							
上記で転入又は転出に該当した場合は転入・転出日を記入 年 月 日									

2. 認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業の施設等利用料(償還払い請求の内訳を記入)

領収証の①の金額を月ごとに記入してください。	支払額合計 (c=a+b)	月額上限額(d) ※1	請求額 (cとdを比較して小さい方を記入)
令和7年4月 30,000 円	5,000 円	35,000 円	35,000 円
令和7年5月 30,000 円	8,000 円	38,000 円	37,000 円
一時預かり、病児保育、ファミサポで支払った料金 10,000 円	40,000 円	37,000 円	37,000 円

※1 月額上限額は、令和3年4月1日現在の児童の年齢に応じた月額上限額を記載してください。

※2 2号認定(年少～年長クラス(3歳児～5歳児クラス))は37,000円

※3 3号認定(0～2歳児クラス)は42,000円と記入してください。

※4 十分な預かり保育が行われていない施設利用者の場合

2号認定(年少～年長クラス(3歳児～5歳児クラス))は11,300円

3号認定(0～2歳児クラス)は16,300円

3. 利用した認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育・子育て援助活動支援事業の内容(複数記入可)

① 施設・事業名	西条保育園	所在地	東広島市西条栄町8番29号	電話		
契約している利用料	月額 30,000 円	□ 日額	円	□ 時間額	円	
② 施設・事業名	高屋病児保育室	所在地	東広島市高屋町×××	電話		
契約している利用料	□ 月額	円	■ 日額	2,600 円	□ 時間額	円
③ 施設・事業名	ファミリーサポートセンター	所在地	東広島市	電話		
契約している利用料	□ 月額	円	□ 日額	円	■ 時間額	1,000 円
④ 施設・事業名		所在地		電話		
契約している利用料	□ 月額	円	□ 日額	円	□ 時間額	円
⑤ 施設・事業名		所在地		電話		
契約している利用料	□ 月額	円	□ 日額	円	□ 時間額	円

※①～⑤に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載して下さい。

4. 償還払いの振込先

※2回目以降の請求で前回の振込先口座に変更がない場合は、次の□にチェックをしてください。振込先への記入は不要です。

☐ 振込先口座に変更はありません。

※原則として申請者(認定保護者)口座としてください。申請者口座を指定できない場合は、申請日時点で同一世帯員の口座を振込先とすることができます(申請者の委任があるものとします)

口座名義人	フリガナ ヒガシヒロシマ タロウ	
名前	東広島 太郎	
金融機関名(ゆうちょ銀行を除く。)	銀行・信用金庫 本店・支店	
東広島 農協・信用組合 市役所 支所	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
信濃連	出納市	
金融機関名	通帳記号(6桁の場合に記入)	口座番号(通帳のとおり右詰め)
ゆうちょ銀行	3 0 1	0