認可外保育施設用
施設等利用給付

江戸川区独自

《記入例》

認可外保育施設
（3～5歳・0～2歳非課税）

捨印

印

必ず押印してください
（ネーム印不可）

年　月　日
日付は記入しないでください

江戸川区長　殿

施設等利用費請求書（償還払い用）及び
江戸川区認可外保育施設保育料負担軽減補助金交付申請書 兼 請求書

【 2025 年 9 月～ 2025 年 11 月分請求用】

私は、子ども・子育て支援法第３０条の１１第１項の規定（及び江戸川区認可外保育施設保育料負担軽減補助金交付要綱）に基づき、下記のとおり請求しますので、指定する振込先口座に振り込んでください。

なお、本補助金請求の審査にあたり、次の事項に同意します。

1　申請者と対象児童が、江戸川区内に居住していることを江戸川区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を江戸川区が対象施設に確認すること。
3　保育料等の支払状況を江戸川区が対象施設に確認すること。
4　課税状況を江戸川区が確認すること。
5　東京都に本補助金の請求内容の情報を提供すること。

記

1　負担軽減補助金申請者（保護者）

フリガナ	エドガワ　イチロウ	生年月日	2000 年 1 月 11 日
保護者氏名	江戸川　一郎　印 対象児童との続柄：父	現住所	江戸川区東江戸川１−１−１ 電話：03−XXXX−1234

2　対象児童

フリガナ	エドガワ　ハナコ	法30条の4の	認定番号	11×××	
児童氏名	江戸川　花子		認定種別	☑ 新２号認定	□ 新３号認定
		無償化額		37,000円	42,000円
生年月日	2021 年 10 月 10 日	児童の出生順		□ 第１子	☑ 第２子以降

3　振込先口座（※振込先は、“１　申請者”名義の口座です）

金融機関名		預金種目	☑ 普通　□ 当座
江戸川　（銀行）・信用金庫 農協・信用組合 （　　）	〇〇駅前　店 （支店）	口座番号	1 2 3 4 5 6 X
金融機関番号 1 1 1 X	支店番号 1 1 X	口座名義（カタカナ）	エドガワ　イチロウ

（注）初回請求時は、通帳またはキャッシュカードのコピーを提出してください。
２回目以降の請求で、前回と同じ振込先を指定する場合は記入不要です。

4　利用した認可外保育施設名

1	施設名	〇〇　保育施設	所在地	〒 134-xxxx 江戸川区葛西０−０−０ 電話：03-3675-xxxx
2	施設名		所在地	〒 電話：
3	施設名		所在地	〒 電話：

５　施設等利用費の償還払い請求の内訳

利用年月日	認可外保育施設に支払った月額利用料（保育料）（a）※1・※2	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）※1	支払額合計（c）＝(a)+(b)	月額上限額（d）※3	請求額（c と d を比較して小さい額）
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
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
				合計額	円

この欄は記入しないでください

※1　上記で記入した利用料の合計額を支払ったことを証明する書類（施設からの領収証等）と特定子ども・子育て支援提供証明書をすべて添付してください。
また、子育て援助活動支援事業を利用した場合は、援助を行う会員が発行した活動報告書も添付してください。

※2　利用料の設定が月単位を超える（四半期、前期・後期　など）場合は、当該利用料を当該期間の月数で除して、利用料の月額相当分を算定して下さい。（10 円未満の端数がある場合は切り捨て）

※3　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 42,000 円です。
月途中で認定期間が終了する又は開始される場合か、市町村間の転出入の場合、月額限度額は次の通りとなります。
・月途中で認定期間が終了する場合、または別の市町村へ転出する場合の限度額：
37,000（42,000）円×転出日までの日数÷その月の日数
・月途中で認定期間が開始される場合、または別の市町村から転入した場合の限度額：
37,000（42,000）円×転入先での認定日からの日数÷その月の日数

６　保育料負担軽減補助金の請求額

利用年月日	認可外保育施設に支払った月額利用料（保育料）（a）	無償化月額上限額（e）※4	（a）から（e）を控除した額（f）	補助上限額（g）	請求額（f と g を比較して小さい額）
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
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
				合計額	円

この欄は記入しないでください

※4　無償化月額上限額は、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 42,000 円です。
施設等利用費（d）が日割りの場合も、無償化月額上限額は変わりません。

請求者名：江戸川　一郎　　印