



(宛先) 新発田市長

法定代理請求書 (企業主導型保育施設)

【 年 月分】

1. 請求者

| | | | |
|------|---|----------|--|
| フリガナ | | 請求者の所属団体 | |
| 請求者 | 印 | 請求者の役職名等 | |

2. 施設・事業所

| | | | |
|--------------|--|-------------|-----|
| フリガナ | | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業所名 | | (市外の場合のみ記入) | 電話: |
| フリガナ | | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業所の運営団体名 | | (市外の場合のみ記入) | 電話: |

3. 請求金額

| | | | | |
|------|------|------|---|-------------------------|
| 提供年月 | 年 月分 | 請求金額 | 円 | ※別紙内訳書の請求額の合計を記載してください。 |
|------|------|------|---|-------------------------|

4. 請求金額の内訳

別紙「企業主導型保育施設利用料請求金額内訳書」のとおり

5. 振込先(※1)

| | | | | | | | |
|----------|------|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | | | | |
| 銀行・信金・農協 | 支店 | 口座番号 | | | | | |
| 信組・労金 | 出張所 | 口座名義(カタカナ) | | | | | |

※1 請求者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、本市指定の委任状を提出してください。



枚目/ 枚

企業主導型保育施設利用料請求金額内訳書

【 年 月分】

※請求金額の内訳となる子ども全員について記入（※新発田市民のみ）

| 認定 番号※1 | 生年月日 | (フリガナ) 氏名 | 利用 日数 | 利用者負担上限月額 ※2(a) | 利用者負担月額※3 (b) | 請求額 (aとbの金額の低い方 を記入) |
|------------|-------|--------------|----------|--------------------|------------------|----------------------------|
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000円 | 円 | 37,000円 |

※1 地域枠で入園している子どものみ、市が発行している支給認定証の認定番号ご記入ください。従業員枠の方は記入不要です。
支給認定を受けていない方、新発田市外の方は無料化の対象外となります。

※2 月額上限額は、月額37,000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円× 新発田市での認定日からの日数÷その月の日数

※3 利用者負担額には、保育の部分のみを記載してください。給食費（副食費）やおやつ代など実費徴収するものは除きます。



(宛先) 新発田市長

法定代理請求書 (企業主導型保育施設)

【 令和6年 9月分】

1. 請求者

| | | | |
|------|-----------------|----------|----------|
| フリガナ | シャカイフクシハウジン〇〇カイ | 請求者の所属団体 | |
| 請求者 | 社会福祉法人〇〇会 印 | 請求者の役職名等 | 理事長 ●●●● |

2. 施設・事業所

| | | | |
|--------------|-----------------|-------------|-----|
| フリガナ | 〇〇ホイクエン | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業所名 | 〇〇保育園 | (市外の場合のみ記入) | 電話: |
| フリガナ | シャカイフクシハウジン〇〇カイ | 所在地 | 〒 |
| 施設・事業所の運営団体名 | 社会福祉法人〇〇会 | (市外の場合のみ記入) | 電話: |

3. 請求金額

| | | | | |
|------|-------------|------|----------|-------------------------|
| 提供年月 | 令和 6 年 9 月分 | 請求金額 | 30,000 円 | ※別紙内訳書の請求額の合計を記載してください。 |
|------|-------------|------|----------|-------------------------|

4. 請求金額の内訳

別紙「企業主導型保育施設利用料請求金額内訳書」のとおり

5. 振込先(※1)

| | | | | | | | |
|-------------------|------|----------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 預金種目 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | | | | |
| ▲▲ 銀行 信金・農協 ▲▲ 支店 | 口座番号 | * | * | * | * | * | * |
| 信組・労金 | 出張所 | 口座名義(カタカナ) | ●●●● | | | | |

※1 請求者と口座名義が異なる振込先を指定する場合は、本市指定の委任状を提出してください。

企業主導型保育施設利用料請求金額内訳書

【令和6年9月分】

※請求金額の内訳となる子ども全員について記入（※新発田市民のみ）

| 認定番号※1 | 生年月日 | (フリガナ) 氏名 | 利用日数 | 利用者負担上限月額 ※2(a) | 利用者負担月額※3 (b) | 請求額 (aとbの金額の低い方を記入) |
|--------|-----------|-------------------|------|--------------------|------------------|------------------------|
| 123456 | 令和4年4月3日 | シバタ タロウ 新発田 太郎 | 18 日 | 37,000 円 | 10,000 円 | 10,000 円 |
| 123457 | 令和4年9月10日 | シバタ ハナコ 新発田 花子 | 20 日 | 37,000 円 | 10,000 円 | 10,000 円 |
| 123458 | 令和3年12月7日 | シバタ ジロウ 新発田 次郎 | 17 日 | 37,000 円 | 10,000 円 | 10,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |
| | 年 月 日 | | 日 | 37,000 円 | 円 | 37,000 円 |

※1 地域枠で入園している子どものみ、市が発行している支給認定証の認定番号ご記入ください。従業員枠の方は記入不要です。
支給認定を受けていない方、新発田市外の方は無料化の対象外となります。

※2 月額上限額は、月額37,000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円×新発田市での認定日からの日数÷その月の日数

※3 利用者負担額には、保育の部分のみを記載してください。給食費（副食費）やおやつ代など実費徴収するものは除きます。