

# 特定子ども・子育て支援提供証明書 兼 領収証

【20××年10月分】

発行例(認可外保育施設)

## 対象者

認定子ども※1	フリガナ	マチダ ハナコ		法第30条の4の認定種別	
	氏名	町田 花子		<input type="checkbox"/> 新1号	<input checked="" type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
認定保護者※2	フリガナ	マチダ タロウ		認定子どもとの続柄	
	氏名	町田 太郎		父	

※1,2 保護者様の申請内容に基づき記載していますので、本紙は認定を受けている事を証明するものではありません。

## 提供内容

特定子ども・子育て支援の内容 注) □にレを記入	提供した期間	標準的な提供時間帯	提供費用 ※支援利用料以外も含む (①+②)
<input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設 (ベビーシッターを含む)	10月1日～31日	9:00～17:00	40,000円
<input type="checkbox"/> 病児病後児保育事業	月 日～日 の間で計( )日利用	: ~ :	円
<input type="checkbox"/> 一時預かり事業	月 日～日 の間で計( )日利用	: ~ :	円

## 領収金額

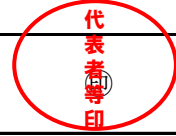
	領収金額
① 特定子ども・子育て支援利用料 ※当該月分の利用料(保育料)	35,000円
② 特定子ども・子育て支援利用料以外 ※日用品、文房具、行事参加費、食材料費、 通園送迎費等	5,000円

※3 「①特定子ども・子育て支援利用料」の「領収金額」のみが、町田市への施設等利用費請求の対象経費になります。

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、特定子ども・子育て支援利用料を領収したことを証明します。

20××年 11月 2日

設置者名称	株式会社〇〇〇〇
主たる事務所の所在地・電話番号	町田市小野路町×××× 電話番号 012-345-67××
施設・事業所の名称	オノジ認可外保育所
代表者等職氏名	園長 小野路 一郎



# 特定子ども・子育て支援提供証明書 兼 領収証

【20××年10月分】

発行例(一時預かり事業)

## 対象者

認定子ども※1	フリガナ	マチダ ハナコ		法第30条の4の認定種別	
	氏名	町田 花子		<input type="checkbox"/> 新1号	<input checked="" type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
認定保護者※2	フリガナ	マチダ タロウ		認定子どもとの続柄	
	氏名	町田 太郎		父	

※1,2 保護者様の申請内容に基づき記載していますので、本紙は認定を受けている事を証明するものではありません。

## 提供内容

特定子ども・子育て支援の内容 注) □にレを記入	提供した期間	標準的な提供時間帯	提供費用 ※支援利用料以外も含む (①+②)
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 (ベビーシッターを含む)	月 日 ~ 日	~	
<input type="checkbox"/> 病児病後児保育事業	月 日 ~ 日 の間に計( )日利用	: ~ :	円
<input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり事業	10月 1日 ~ 3日 の間に計(3)日利用	9:00 ~ 17:00	3,600 円

## 領収金額

	領収金額
① 特定子ども・子育て支援利用料 ※当該月の利用料(保育料)	3,000 円
② 特定子ども・子育て支援利用料以外 ※日用品、文房具、行事参加費、食材料費、 通園送迎費 等	600 円

※3 「①特定子ども・子育て支援利用料」の「領収金額」のみが、町田市への施設等利用費請求の対象経費になります。

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、特定子ども・子育て支援利用料を領収したことを証明します。

20××年 11月 2日

設置者名称	社会福祉法人 ○○○○
主たる事務所の所在地・電話番号	町田市三輪町×××× 電話番号 012-345-67××
施設・事業所の名称	ミワマチ保育園
代表者等職氏名	園長 三輪町 二郎

代表者  
印

# 特定子ども・子育て支援提供証明書 兼 領収証

【20××年10月分】

発行例(病児病後児保育事業)

## 対象者

認定子ども※1	フリガナ	マチダ ハナコ		法第30条の4の認定種別	
	氏名	町田 花子		<input type="checkbox"/> 新1号	<input checked="" type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
認定保護者※2	フリガナ	マチダ タロウ		認定子どもとの続柄	
	氏名	町田 太郎		父	

※1,2 保護者様の申請内容に基づき記載していますので、本紙は認定を受けている事を証明するものではありません。

## 提供内容

特定子ども・子育て支援の内容 (注) □にレを記入	提供した期間	標準的な提供時間帯	提供費用 ※支援利用料以外も含む (①+②)
<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 (ベビーシッターを含む)	月 日 ~ 日	~	円
<input checked="" type="checkbox"/> 病児病後児保育事業	10月2日 ~ 3日 の間で計(2)日利用	9:00 ~ 17:00	4,000 円
<input type="checkbox"/> 一時預かり事業	月 日 ~ 日 の間で計( )日利用	~	円

## 領収金額

	領収金額
① 特定子ども・子育て支援利用料 ※当該月の利用料(保育料)	4,000 円
② 特定子ども・子育て支援利用料以外 ※日用品、文房具、行事参加費、食材料費、 通園送迎費 等	円

※3 「①特定子ども・子育て支援利用料」の「領収金額」のみが、町田市への施設等利用費請求の対象経費になります。

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、特定子ども・子育て支援利用料を領収したことを証明します。

20××年 11月 2日

設置者名称	医療社団法人 ○○○○
主たる事務所の 所在地・電話番号	町田市金森2-2-×× 電話番号 012-345-67××
施設・事業所の 名称	カナモリ病児保育所
代表者等職氏名	所長 金森 三郎

