

## 領収証 兼 特定子ども・子育て支援提供証明書

認定保護者	フリガナ	タカウジ タロウ	児童との続柄	保育の 必要性 認定	認定番号	0123456				
	氏名	尊氏 太郎	父		施設等利用 認定区分	<input type="checkbox"/> 新1号 <input checked="" type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号				
認定子ども	フリガナ	タカウジ ジロウ	児童の 生年月日	平成	〇	年	〇	月	〇	日
	氏名	尊氏 次郎								

### 利用月・利用事業

事業	<input type="checkbox"/>	認可外保育施設	<input checked="" type="checkbox"/>	病児保育事業
	<input type="checkbox"/>	預かり保育事業	<input type="checkbox"/>	ファミリー・サポート
	<input type="checkbox"/>	一時預かり事業		

### 提供内容及び領収金額

利用月	提供した日	提供日数	提供時間帯 ※標準的な利用時間帯の 記入でも可	領収金額		
				合計 (①)	無償化 対象外額(②)	無償化申請 対象額 (①-②)
令和元年11月	11日～12日	2日	9:00～16:30	4,000円	0円	4,000円
令和元年11月	日～28日	1日	9:00～16:30	2,000円	0円	2,000円
令和元年12月	日～20日	1日	9:00～16:30	2,000円	0円	2,000円
令和 年 月	日～日	日	: ~ :	円	円	円
施設領収金額合計				8,000円	合計	8,000円

#### 【領収金額内訳】

- ①…領収金額合計  
②…無償化の対象とならない費用（日用品、文房具、行事参加費、食材料費、通園送迎費等）  
⇒①-②=無償化の対象となる利用料（保育料）

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。

証明日	令和 2 年 1 月 10 日
施設・事業所の所在地	足利市〇〇町〇〇番地
施設・事業所の名称	〇〇〇〇〇〇
設置者名称	<input type="checkbox"/> 病院
代表者氏名	院長 △△ △△

印

《保護者の方へ》

この証明書は、利用費の返還請求に必要になりますので、大切に保管してください。