

## 浜松市私立幼稚園における副食費に係る補足給付事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号。以下「法」という。)第59条第3号ロに規定する事業に関し、必要な事項を定める。

(給付の対象者)

第2条 給付の対象となる者(以下「給付対象者」という。)は、法第58条の2の規定による確認を受けた幼稚園において法第30条の1第1項に規定する特定子ども・子育て支援を受けた法第30条5第3項に規定する施設等利用給付認定保護者(以下「施設等利用給付認定保護者」)に係る施設等利用給付認定子どものうち次に掲げる者とする。

(1)施設等利用給付認定保護者及び当該施設等利用給付認定保護者と同一の世帯に属するものに係る市町村民税所得割合計額(子ども・子育て支援法施行令(平成26年政令第213号。以下「令」という。)第4条第2項第2号に規定する市町村民税所得割合計額をいう。)が

77,101円未満である者

(2)令13条第2項に規定する負担額算定基準子ども又は小学校第3学年修了前子ども(小学校、義務教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部の第1学年から第3学年までに在籍する子どもをいう。)が同一の世帯に三人以上いる場合の負担額算定基準子ども又は小学校3学年修了前子ども(そのうち最年長者及び二番目の年長者であるものを除く)である者。

(3)令第15条の3第2項に規定する市町村民税を課税されない者に準ずる者

(給付の対象費用及び給付限度額)

第3条 給付の対象となる費用の種類及び給付限度額は次のとおりとする。

(1)副食費(特定子ども・子育て支援を受けた場合において、当該施設等利用給付認定保護者が支払うべき食事の提供に係る実費徴収額) 月額4,500円

(給付額)

第4条 給付の額は給付限度額の範囲で給付対象者が現に支払った給付の対象となる費用の額を給付するものとする。

(給付の申請)

第5条 給付を受けようとする者は、副食費の実費徴収に係る補足給付申請書(償還払い用)(第1号様式)を別に定める日までに市長に提出しなければならない。

(給付額の通知)

第6条 市長は、前条に規定する申請を受理したときは申請の内容を審査し、その結果を、副食費の実費徴収に係る補足給付事業における決定通知書(第2号様式)もしくは副食費の実費徴収に係る補足給付事業における非該当決定通知書(第3号様式)により、申請者に通知するものとする。

(給付の請求等)

第7条 前条の補足給付通知書を受けた者は、副食費の実費徴収に係る補足給付費請求書(第4号様式)に、領収書、その他市長が必要と認める書類を添付し、市長に提出するものとする。ただし、領収書については、幼稚園が提出する実費徴収額報告書等により代用できるものとする。

2 市長は、前項の請求書が提出されたときは、給付を行うものとする。

(給付の返還)

第8条 市長は、給付対象者が偽りその他不正な手段により給付を受けたときは、その全部又は一部を返還させるものとする。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

第1号様式

副食費の実費徴収に係る補足給付申請書(償還払い用)

(宛先) 浜松市長

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 決定にあたって必要な範囲内で、申請者の税務情報等の公簿、通園先が有する学齢簿、徴収金台帳等を浜松市が閲覧及び調査すること。
2. 申請内容や同意して得た情報を給付金受給資格審査、給付金額の算定、その他の附帯業務のために浜松市が利用すること。
3. 申請書等に記載した内容や給付決定に関する情報を補足給付を行う際に必要な範囲で幼稚園に提供すること。
4. 要綱に規定する内容を遵守すること。

以上のことに同意し、浜松市副食費の実費徴収に係る補足給付について、以下のとおり申請します。

申請日		在園している幼稚園				歳児区分(該当するものを○で濃くはっきりと囲んでください。)							
年 月 日		幼稚園				満3歳児		3歳児		4歳児(年中)		5歳児(年長)	
保護者	フリガナ				園児との続柄	連絡先(電話番号)	自宅						
	氏名	印					携帯	父・母・他( )		-		-	
	現住所	〒					父・母・他( )		-		-		
	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒											
園児氏名	フリガナ				現住所 保護者と異なる場合のみ記載	〒							
	氏名												
生年月日	年 月 日												
平成31年1月1日現在の住所	母親	現住所と同じ				父親	現住所と同じ						
<p>現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される 年1月1日を賦課年度とする 年度市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付してください。</p> <p>同居者を全員記入して下さい。</p>													
家族の状況等 (欄が不足する場合は1つの欄に2人分記入してください)										審査使用欄(市記入)			
園児との続柄	氏名	生年月日	就学・通学・通園先等	所得割額									
父		年 月 日											
母		年 月 日											
祖同居の父母の		年 月 日											
		年 月 日											
小学校4年生以上の兄弟姉妹		年 月 日		(合計)									
		年 月 日											
小学校3年生以下の兄弟姉妹		年 月 日		該当									
		年 月 日		77,101円未満									
同居のおじ・おば等		年 月 日		第3子									
		年 月 日		非該当									
上記のうち、単身赴任や就学・療養等で別居中の家族がいる場合は記入してください。													
氏名				現住所									
(市記入) 3歳到達・途中入園・途中退園・転出										月 ~ 月( ヶ月分)		チェック欄	

第2号様式

浜松市指令こ幼第 号 -  
年 月 日

〒 (郵便番号) (園番号 年齢)  
(住所)  
保護者 様  
(園児名 )

浜松市長 (印)

## 年度 副食費の実費徴収に係る 補足給付費交付決定通知書

年 月から 年 月までの副食費の実費徴収に係る補足給付事業について、  
次のとおり決定しました。

### 記

#### 1 対象園児

園児氏名	生年月日

#### 2 決定内容

対象月	判定結果	対象月	判定結果
4月		10月	
5月		11月	
6月		12月	
7月		1月	
8月		2月	
9月		3月	

第3号様式

浜松市指令こ幼 号

年 月 日

〒(郵便番号) (園番号 年齢)

(住所)

保護者 様

(園児名 )

浜松市長

年度 副食費の実費徴収に係る  
補足給付事業における非該当決定通知書

年 月から 年 月までの副食費の実費徴収に係る補足給付事業について、  
下記のお子様につきまして、対象要件を満たしていませんので非該当となります。

記

園児氏名	生年月日

第 4 号様式

〒 (郵便番号) (園番号 年齢)  
 (住所)  
 保護者 様  
 (園児名 )

請求日 年 月 日

(宛先) 浜松市長

副食費の実費徴収に係る補足給付費請求書

請求者	フリガナ		現住所	〒	-
	氏名			印	
対象園児	フリガナ		利用幼稚園名		
	氏名				
	生年月日	年 月 日			

対象月	実費徴収額	請求額	対象月	実費徴収額	請求額
	副食費 a	aと4,500円のうちの少ない額 b		副食費 a	aと4,500円のうちの少ない額 b
4月	円	円	10月	円	円
5月	円	円	11月	円	円
6月	円	円	12月	円	円
7月	円	円	1月	円	円
8月	円	円	2月	円	円
9月	円	円	3月	円	円
交付申請額 bの合計					円

給付費は、以下の口座に振り込みをお願いします。

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナ)