

魚津市告示第111号

魚津市とやまっ子子育て支援サービス普及促進事業実施要綱の
一部改正について

魚津市とやまっ子子育て支援サービス普及促進事業実施要綱（平成20年魚津市告示第114号）の一部を次のように改正する。

令和3年3月31日

魚津市長 村椿 晃

- 第7条第1項中「又は現金」を削り、同項ただし書を削り、同条第5項中「、又は提示され」を削り、同条第6項を削り、同条に次の2項を加える。
- 6 利用者は、提供者が認める場合、第1項の規定にかかわらず、利用料を現金により支払うことができる。この場合、支払いの際、提供者に応援券を提示しなければならない。
- 7 提供者は、前項の規定により提示された応援券に、利用年月日及び受領機関（者）名を記入し、押印の上、利用者に返さなければならない。
- 第8条第2項中「第5項及び第6項」を「第6項及び第7項」に改める。
別表を次のように改める。

別表（第5条関係）

類型	子育てサービス	提供者	サービス利用 対象者
保育・ 育児支援	一時保育	保育園、幼保連携型認定こども園	県内在住者の子 で未就学児
	子どもの一時預かり、一時預かりを伴う送迎	ファミリー・サポート・センター	市内在住者又は 市内勤務者の子 で未就学児又は 小学生
	産前産後の世話等の家事・育児サービス	家事・育児支援サービス事業者	子育て家庭
	病児・病後児保育、一時保育	オープン型病児・病後児保育実施施設	県内在住者の子 で生後3か月から 10歳までの子 ども
	読み聞かせ絵本の購入	指定書店	子育て家庭
	障害児向け福祉サービス(短期入所・日中一時支援)	短期入所・日中一時支援事業所	県内在住者の子 で小学生までの 子ども
	親子連れでの公共施設の利用	指定公共施設	子育て家庭
	子ども同伴でのタクシーの利用	タクシー事業者※2	子どもとその親 (祖父母可)
保健※ 1	任意の予防接種(インフルエンザ、おたふく風邪、)	医療機関、助産所	県内在住者の子 で中学生までの 子ども
	乳児健康診査、母乳相談、母乳マッサージ、乳児の沐浴指導		県内在住者及び その子である乳 児
	産後ケア	産後ケア事業所	県内在住者及び その子である乳 児
	フッ素塗布	歯科医療機関	県内在住者の子 で未就学児又は 小学生

※1 医療保険が適用されないサービスに限る。

※2 県が別途定める要件を満たす事業者に限る。

様式第 1 号から様式第 4 号までを次のように改める。

表紙

(略)

裏表紙

使用上の注意

- この応援券は、お子さん及びご家族がご利用いただけます。ただし、サービスによってはご家族は利用できない場合があります。
- 1枚500円の利用券としてご利用いただけます（複数枚利用可能）。
- 利用料金が500円未満の場合は使用できません、また、利用料金500円未満の端数が生ずる場合は、その端数は分は現金でお支払い願います。
（500円未満の端数について応援券を利用し、おつりを受け取ることはできません。）
- 裏紙にお子さんの住所、氏名を記入してください。また、絵本購入時には応援券裏面にお子さんの氏名を記入してください。
- 応援券は切り離し無効となります。ご利用の際には本綴のままご持参ください。
- この応援券を不正に利用した場合は法律により罰せられることがあります。
- 応援券受領機関(者)は、応援券の裏面に利用年月日と機関(者)名を記入してください。
（償還払いの場合、応援券受領機関(者)は、応援券裏面に署名又は押印をお願いします。）
- 紛失等による再発行はできません。

本券（表）

(略)

本券（ウラ）

利用年月日 _____ 受領機関(者)名 _____ お子さんの氏名(絵本購入時のみ記入): _____
利用年月日 _____ 受領機関(者)名 _____ お子さんの氏名(絵本購入時のみ記入): _____
利用年月日 _____ 受領機関(者)名 _____ お子さんの氏名(絵本購入時のみ記入): _____
利用年月日 _____ 受領機関(者)名 _____ お子さんの氏名(絵本購入時のみ記入): _____

魚津市長 あて

とやまっ子子育て応援券交付申込書

とやまっ子子育て応援券の交付を受けたいので申込みます。

なお、申込みに当たり住民基本台帳を閲覧することについて同意します。

申込者 (保護者)	住所					
	氏名	(ふりがな) -----	連絡先	()		
出生者	※住所	※申込者(保護者)と異なる場合のみ記入				
	氏名	(ふりがな) -----	生年月日	年 月 日	出生順位	第 子
出生者以外の子どもの状況	氏名	生年月日(年齢)		住所(申込者と異なる場合のみ記入)		
		年 月 日 ()歳				
		年 月 日 ()歳				
		年 月 日 ()歳				

※申込者(保護者)と異なる場合のみ記入

※応援券受領者	住所					
	氏名	(ふりがな) -----	連絡先	()	出生者との続柄	

※市記載欄（申込者記載不要）

配布応援券No.			
有効期限	年 月 日		

とやまっ子 子育て応援券 請求書

金額		十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。
上記の請求金額を次の口座に振込願います。

	銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口座番号 (右づめ)			
フリガナ							
口座名義							

年 月 日

(あて先) 魚津市長 あて
〒 _____ 住所 _____

団体名・個人名 _____ 印
TEL () _____

内 訳 (単位：円)

番号	提供サービス (該当するものに○をつけて下さい)	応援券 単価①	応援券 数量②	応援券利用金額 (①×②)
記入例	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500	10	5,000
1	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500		
2	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500		
3	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500		
4	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500		
5	一時保育、一時預かり、子どもの送迎、病児・病後児保育、家事・育児サービス、読み聞かせ絵本、短期入所・日中一時支援、公共施設、タクシー、その他 ()	500		
合 計				

※1. 当月分の請求は、指定書店は、翌月の10日までに、それ以外は、協定書に定める期日までに、魚津市に送付願います。
 ※2. 添付書類：使用済み応援券 (裏面に「利用年月日」、「受領機関 (者) 名」を記入又は押印)

とやまっ子 子育て応援券 請求書 (月分)

金額		十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口座番号 (右づめ)
フリガナ			
口座名義			

年 月 日

(あて先) 魚津市長 あて

〒 _____ 住 所 _____

医療機関・助産所・産後ケア事業所・歯科医療機関

代表者名 _____ 印

TEL (_____) _____

内 訳

(単位：円)

提供サービス	利用人数	応援券 単価①	応援券 利用枚数②	応援券利用金額 (①×②)
任意の予防接種 (インフルエンザ、おたふく風邪)		500		
乳児健康診査		500		
母乳相談、母乳マッサージ、乳児の沐浴指導		500		
産後ケア		500		
フッ素塗布		500		
合計		500		

※1. 当月分の請求は、協定書に定める期日までに、魚津市又はジフテリア等法定の予防接種券の請求先に送付願います。

※2. 添付書類：使用済み応援券 (裏面に「利用年月日」、「受領機関 (者) 名」を記入又は押印)

とやまっ子 子育て応援券 請求書

金額		十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。
 上記の請求金額を次の口座に振込願います。

銀行 信金 信組 農協	支店	当座 預金 普通	口座番号（右づめ）
フリガナ			
口座名義			

年 月 日

（あて先）魚津市長 あて

〒 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

TEL (_____) _____

内 訳

（単位：円）

番号	利用サービス (該当するものに○をつけて下さい)	応援券 単価①	応援券 利用枚数②	応援券利用金額 (①×②)
記入例	予防接種（ インフルエンザ おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500	6	3,000
1	予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500		
2	予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500		
3	予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500		
4	予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500		
5	予防接種（インフルエンザ、おたふく風邪）、乳児健康診査、母乳相談等、産後ケア、フッ素塗布、その他（ ）	500		
合 計				

- ※1. この用紙は、上記サービスを利用した医療機関等に現金をいったん支払い、その後応援券分の金額を魚津市から受ける場合に使用します。
- ※2. 医療機関等が「利用年月日」、「受領機関（者）名」を記入、押印した応援券と振込口座が確認できる通帳等を持参のうえ、上記サービスを受けた日から6月以内に、魚津市に持参してください。
- ※3. 振込みは、原則この用紙を提出した月の翌月25日です。（ただし、土、日、祝日にあたる場合は、その直前の営業日に振込みます。）

附 則

この告示は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。