

清瀬市長 殿

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定及び清瀬市私立幼稚園等園児保護者負担軽減補助金（以下、「保護者負担軽減補助金」という。）交付要綱第5条に基づき、施設等利用給付認定及び保護者負担軽減補助金の審査や申請者・同居親族の市町村民税課税状況等の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定、施設等利用費及び保護者負担軽減補助金の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の1第3項等の規定に基づき、施設等利用費及び保護者負担軽減補助金は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設（企業主導型保育事業）の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業※1も利用する)、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、以下①②のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

- ① 平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満
- ② 年間開所日数200日未満

(保護者署名欄) (住所) 〒 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 (転入日)

令和6年1月1日以前から清瀬市在住  
 令和6年1月2日以降に清瀬市に転入 → 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 ※転入された方は、転入日と各時点の住所地（清瀬市以外）を記入し、下記の住所地で取得した住民税課税（非課税）証明書を取得して添付してください。

● 令和6年1月1日時点の住所 → 令和 6 年度の課税（非課税）証明書  
 都  府  市  町  
 道  県  区  村

● 令和7年1月1日時点の住所 → 令和 7 年度の課税（非課税）証明書  
 都  府  市  町  
 道  県  区  村

※令和7年度の住民税課税（非課税）証明書は令和7年6月～7月に取得可能となりますので、取得でき次第ご提出をお願いいたします。

申請 子ども	フリガナ	_____	生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (令和7年4月1日時点の年齢: ____ 才)
	氏名	_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	施設名	_____ (認定・入園希望日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日)	
認定種別		<input type="checkbox"/> 年少(3歳) <input type="checkbox"/> 年中(4歳) <input type="checkbox"/> 年長(5歳)	<input type="checkbox"/> 満3歳児 (市民税非課税世帯のみ)

上記施設の他に、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業 を利用する(予定含む)方は記入してください。

施設名	所在地	利用するサービスの種類	利用開始予定日
		<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

世帯員全員を記入してください（住民票が別世帯であっても、生計を一にしている場合は同居扱いとなります）。

区分	続柄	フリガナ		生年月日	居住状況	入園希望月時点での 職業・学校・在籍園	障害者手帳 (※2)	
		氏名	フリガナ					
世帯員・同居人の状況	父	_____	_____	<input type="checkbox"/> 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	保護者の連絡先・電話番号: _____	<input type="checkbox"/> あり	
	母	_____	_____	<input type="checkbox"/> 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	保護者の連絡先・電話番号: _____	<input type="checkbox"/> あり	
	本人	_____	_____	<input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> あり	
			_____	_____	<input type="checkbox"/> 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> あり
			_____	_____	<input type="checkbox"/> 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> あり
			_____	_____	<input type="checkbox"/> 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> あり

生活保護の状況  無 (受給開始)  有 → \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

家庭の状況  ひとり親家庭  上記以外

※同居者であって障害者手帳をお持ちの方がいる場合には、コピーを添付してください。

<必ず裏面も記入してください>