

子どものための教育・保育給付認定申請書（教育標準時間用）

清瀬市長 殿

- 子ども・子育て支援法第16条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、教育・保育給付認定及び保護者負担軽減補助金の審査や申請書、同居親族の市町村民税課税状況等の確認にあたって、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。
- 申請書に記載した内容等は、教育・保育給付認定及び保護者負担軽減補助金の支給に関する情報として認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 保護者負担軽減補助金は、保護者に代わり、利用施設に支給される場合があります。
- 新年度4月申請開始の場合は、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。
- 個人番号について記載がない場合を含め、市が保有する公簿等により確認し当申請書に記入することがあります。
- 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。

以上のことに同意し、次のとおり認定を申請します。

		令和 年 月 日		(転入日)	
				<input type="checkbox"/> 令和5年1月1日以前から清瀬市在住 <input type="checkbox"/> 令和5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。	
(保護者署名欄)		(住所) 〒 -		<input type="checkbox"/> 令和5年1月1日時点の住所 → 令和 5 年度の課税（非課税）証明書 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 村 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 村 ※令和6年度の住民税課税（非課税）証明書は令和6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。	
		(フリガナ)			
		(氏名)			
申請子ども		フリガナ		生年月日	
		氏名		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (令和6年4月1日時点の年齢: 才)	
利用を希望する		施設名			
		期間		令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 就学開始時期 まで	
保育の希望の有無 (※1)		<input type="checkbox"/> 有 ... 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等との併願の場合を含む) <input type="checkbox"/> 無 ... 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等との併願の場合を除く)			

※1 「保育所等」とは保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業者内保育をいいます。「幼稚園等」とは幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

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	入居希望月時点での職業・学校・在籍園	障害者手帳 (※2)
		氏名					
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
				<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: - -
	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		<input type="checkbox"/> あり
				<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		
	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
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 無 (受給開始) <input type="checkbox"/> 有 → 年 月 日		家庭の状況 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 上記以外	※2 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。			