

清瀬市長 殿

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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

(フリガナ)

(氏名)

(転入日)

☐ 令和7年1月1日以前から清瀬市在住

☐ 令和7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8年1月1日時点の住所 → 令和 8 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6～7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

氏名

施設名

生年月日

認定種別

第2号認定

第3号認定

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<br><input type="checkbox"/> 一時預かり | <input type="checkbox"/> 病児保育<br><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                                                                      |                                                                                                             |                                                                  | (保護者の連絡先・電話番号)                           |                             |
| 世帯員・同居人の状況 | 父  |                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日                                      | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居       |                                          | <input type="checkbox"/> あり |
|            |    |                                                                         |                                                                                                             |                                                                  | 保護者の連絡先・電話番号: - -                        |                             |
|            | 母  |                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日                                      | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居       |                                          | <input type="checkbox"/> あり |
|            |    |                                                                         |                                                                                                             |                                                                  | 保護者の連絡先・電話番号: - -                        |                             |
|            | 本人 |                                                                         | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日                                                                           | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居       |                                          | <input type="checkbox"/> あり |
|            |    |                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居       |                                          | <input type="checkbox"/> あり |
|            |    |                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居       |                                          | <input type="checkbox"/> あり |
|            |    |                                                                         |                                                                                                             |                                                                  |                                          |                             |
|            |    |                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同居<br><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)<br><input type="checkbox"/> 有 → 年 月 日 | 家庭の状況                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭<br><input type="checkbox"/> 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>

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

| 保育を必要とする事由        |                                                                                                                                                             | 父 の 状 況                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | 母 の 状 況                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|-------|------|----|
|                   |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | 居宅外労働                                                                                                                                                                                                                        | 居宅内労働                    | 求職中                      | 不存                       | 疾病                       | 心身障害                                                                                                                                                                                                                         | 看護・介護                    | 技能取得                     | 就学                       | 災害                                                                                                                                                          | その他                                                                                                                                                                                                                          | 居宅外労働                    | 居宅内労働                    | 求職中                      | 不存                       | 出産                       | 疾病                       | 心身障害 | 看護・介護 | 技能取得 | 就学 |
| 該当項目を☑してください<br>➡ |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ① 働いている場合（内定含む）   | 勤務先名                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | （勤務/内定）                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 内定                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 内定                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 勤務先の所在地                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | （勤務先電話）                                                                                                                                                     | （ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ）                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ）                                                                                                                                                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 事業主との関係                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 仕事の内容                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 就職/異動年月日                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                     |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 勤務日数<br>勤務時間<br>（休憩時間含む）                                                                                                                                    | 日間 / 1ヶ月平均<br>時間 / 1日平均<br>（ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 まで ）                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | 日間 / 1ヶ月平均<br>時間 / 1日平均<br>（ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 まで ）                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 通勤時間                                                                                                                                                        | （片道） <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分<br>（主な通勤手段） <input type="text"/>                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （片道） <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分<br>（主な通勤手段） <input type="text"/>                                                                                                                                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 土曜日の勤務                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 不定期 ）                                                                             |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全日 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 不定期 ）                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   | 定休日                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>月 火 水 木 金 土 日 不定期 |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>月 火 水 木 金 土 日 不定期 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| 育児休業              | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から<br>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで （予定） |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から<br>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで （予定） |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ② 求職活動中           |                                                                                                                                                             | （前勤務先） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （前勤務先） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | （退職日） <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （退職日） <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ③ 不 存 在           |                                                                                                                                                             | （事由） <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別<br><input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）                                                                             |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （事由） <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別<br><input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | （異動日） <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （異動日） <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ④ 出 産             |                                                                                                                                                             | 産前産後（出産予定月の前後2か月）に上の子の保育をする場合<br>➡                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （出産予定日） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>（保育利用期間） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 1 日から<br>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 末 日まで                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ⑤ 疾 病             |                                                                                                                                                             | （疾病名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （疾病名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | ・入院 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>・外来 <input type="text"/> 回 / 1月あたりの通院数                                                   |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | ・入院 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>・外来 <input type="text"/> 回 / 1月あたりの通院数                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ⑥ 心身障害            |                                                                                                                                                             | （障害名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （障害名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 障害者手帳 … <input type="text"/> 種 <input type="text"/> 級<br><input type="checkbox"/> 愛の手帳 … <input type="text"/> 度<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 … <input type="text"/> 級                       |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 障害者手帳 … <input type="text"/> 種 <input type="text"/> 級<br><input type="checkbox"/> 愛の手帳 … <input type="text"/> 度<br><input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 … <input type="text"/> 級                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ⑦ 介護・看護           |                                                                                                                                                             | （患者の氏名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          | （介(看)護先） <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）<br>（介(看)護時間） <input type="text"/> 時間 / 1日平均                                                            |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （介(看)護時間） <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br>（介護度） <input type="checkbox"/> 要支援                                       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | （疾病名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ⑧ 技能習得/就学         |                                                                                                                                                             | （学校名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          | （学校名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （学校名） <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
|                   |                                                                                                                                                             | （終了予定日） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>（受講日数） <input type="text"/> 日間/週<br>（ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 まで ） |                          |                          |                          |                          | （終了予定日） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>（受講日数） <input type="text"/> 日間/週<br>（ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 まで ） |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             | （終了予定日） 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>（受講日数） <input type="text"/> 日間/週<br>（ <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 から <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 まで ） |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |
| ⑨ 災害/その他          |                                                                                                                                                             | （状況を記入）<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |       |      |    |