

私立幼稚園等預かり保育事業利用補助金交付申請書

預かり(1・新1)
～満3・課・1子

清瀬市長殿

申請日：令和 年 月 日

【申請にあたって同意していただく事項】

1. この補助金の審査にあたって必要な範囲で、保護者・同居親族の税務情報等の公簿、通園先が保有する情報(在籍期間、預かり保育利用料の納入状況等)を清瀬市が閲覧及び調査をすること。
2. 申請内容や同意して得た情報を補助金受給資格審査、補助金額の算定、その他の附帯業務のために清瀬市が利用すること。
3. この申請についての審査結果を、対象園児が在園または利用する施設に提供すること。
4. 支給・交付額は、在籍または利用施設等が発行する提供証明書兼領収証明書等により審査・決定された額とすること。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、交付額の一部または全部について返金となることがあること。

対象園児が第1子以降であり、課税世帯に該当するため、以上のことに同意し、保育の必要性があることを証明する書類を添付の上、幼稚園等預かり保育事業利用補助金について下記のとおり交付申請します。

※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、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満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 申請者及び対象園児（対象園児ごとに申請してください）

申請者 (保護者)	フリガナ		対象園児 との続柄	連絡先 (電話番号)	父	
	氏名				母	
	住所	清瀬市				

対象園児	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	☐ 0～2歳	☐ 満3歳
施設名				
利用開始希望日	令和 年 月 日			

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	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 病児保育	・ 一時預かり ・ 子育て援助活動	令和 年 月 日

2 世帯員の状況

※2 同居者であって障害者手帳をお持ちの場合は手帳のコピーを添付してください。

		フリガナ 氏名	対象園児 との続柄	生年月日	職業・学校・在籍園名	障害者 手帳 ※2
※年齢、同居・別居を問わず生計を一にする方全員	1			年 月 日		☐ 有
	2			年 月 日		☐ 有
	3			年 月 日		☐ 有
	4			年 月 日		☐ 有
	5			年 月 日		☐ 有
	6			年 月 日		☐ 有
	7			年 月 日		☐ 有

※保育の必要性を証明する書類を添付の上、該当する「保育を必要とする事由」に応じて記入してください。

[illegible]