

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・課税

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可能性があること。

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うえ、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。

※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	マイナンバー	保護者 1	
	氏名				保護者 2	
	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		

2 保育を必要とする事由

就労	求職	出産	育休	疾病・障害	介護・看護	就学	災害復旧	その他（ ）
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 世帯員の状況

※ 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 ※
※ 年齢、同居、別居を問わず生計を一にする方全員	保護者 1			年 月 日	保護者 1 の電話番号：	☐ 有
	保護者 2			年 月 日	保護者 2 の電話番号：	☐ 有
	対象園児		本人	年 月 日		☐ 有
	上記以外の家族・同居人			年 月 日		☐ 有
				年 月 日		☐ 有
				年 月 日		☐ 有
				年 月 日		☐ 有

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・課税

清瀬市長殿

申請日：令和 〇 年 〇 月 〇 日

記入見本

【申請にあたって同意いただく事項】

1. この補助金の審査にあたって必要な範囲で、保護者・同居親族の状況情報等（公簿、調書等）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可能性があること。

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うえ、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。

※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	キヨセ タロウ		対象園児 との続柄	父	マイナンバー	保護者 1	000000000000	
	氏名	清瀬 太郎					保護者 2	000000000000	
	住所	清瀬市 中里5-842							
対象園児	フリガナ	キヨセ ヒマワリ							
	氏名	清瀬 向日葵							☒ 0～2歳 ☐ 満3歳
	生年月日	令和 〇年 8月 8日							
施設名		〇〇幼稚園							
利用開始希望日		令和 〇年 11月 1日							

2 保育を必要とする事由

就労	求職	出産	育休	疾病・障害	介護・看護	就学	災害復旧	その他（ ）
☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 世帯員の状況

※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※	
※年齢、同居・別居を問わず生計を一にする方全員	保護者 1	キヨセ タロウ 清瀬 太郎	父	平成 〇年 3月 3日	保護者 1 の電話番号： 000-0000-0000 求職中	☐ 有
	保護者 2	キヨセ ハナコ 清瀬 花子	母	昭和 〇年 2月 2日	保護者 2 の電話番号： 000-0000-0000 会社員	☐ 有
	対象園児	キヨセ ヒマワリ 清瀬 向日葵	本人	令和 〇年 8月 8日		☐ 有
	上記以外の家族・同居人	キヨセ サザンカ 清瀬 山茶花	姉	令和 〇年 1月 1日	〇〇小学校	☒ 有
		キヨセ ケヤキ 清瀬 樺	祖母	昭和 〇年 5月 5日	自営業	☐ 有
				年 月 日		☐ 有
				年 月 日		☐ 有