

令和8年度 西東京市無認可幼児施設保護者負担軽減事業費補助金交付申請書 兼 請求書

西東京市長 宛

私は、西東京市私立幼稚園等園児保護者負担軽減事業費補助金交付要綱に基づき補助金の交付を請求しますので、指定する振込先口座に振り込んでください。なお、審査にあたり次の事項に同意します。

1. 申請者と園児が西東京市に居住していることを市が住民基本台帳で確認すること。
2. 実際に利用していること及び利用料の状況を市が対象施設に確認すること。
3. 不正または虚偽の申請があった場合、償還額の返還に応じること。

※太枠内を記入してください。

令和 年 月 日 申請

（申請者） 保護者	フリガナ		生年月日	電話番号（日中に連絡がとれる番号）			
	氏名		年 月 日	—	—		
	住所	西東京市					
対象園児	フリガナ		生年月日	入園年月	クラス年齢※1		
	氏名		年 月 日	令和 年 月	2・3・4・5 歳児		
	施設名	※1 2歳児クラスについては、満3歳児としての期間のみが補助対象です。					
世帯員の状況（園児を除く。）	氏 名		生年月日		園児との続柄	園名・学年※2	
	1		昭和・平成・令和	年 月 日			
	2		昭和・平成・令和	年 月 日			
	3		昭和・平成・令和	年 月 日			
	4		昭和・平成・令和	年 月 日			
	5		昭和・平成・令和	年 月 日			
※2 幼稚園・保育園・認定こども園・特別支援学校の幼稚部の施設名、学年を記入してください。児童心理治療施設に通所、または、児童発達支援、医療型児童発達支援、特別保育、家庭的保育事業等を利用している場合も記入してください。							
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支店出張所	支店番号	
	預金種目	口座番号（7ケタ）			口座名義（カナ記入）		
	普通・当座 その他						※ 申請者名義の口座

市記入欄

窓口で提示した本人確認書類	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・その他（ ）		
入力履歴	①	月 日	新規入力 ・ その他（ ）
	②	月 日	
	③	月 日	
	④	月 日	
	⑤	月 日	

前期分	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	代理受領計	償還払い計
保護者補助金								
後期分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	代理受領計	償還払い計
保護者補助金								