

記載例  
 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申請書 兼 請求書  
 等利用費請求書(償還払い用)【4月1日～9月30日分】  
 徴収に係る補足給付補助金申請書 兼 請求書【4月1日～9月30日分】

西東京市長 宛

私は、子ども・子育て支援法第30条の11第1項の規定、西東京市私立幼稚園等園児保護者負担軽減事業費補助要綱及び実費徴収に係る補足給付補助金要綱に基づき給付費及び補助金を請求しますので、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. 申請者と認定子ども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. 公募や保育課に提出している税資料等で、市が課税状況を確認すること。
4. 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 2 年 6 月 2 8 日 申請

認定保護者 (申請者)	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		保護者 生年月日	昭和 49 年 12 月 10 日
	氏名	西東京 花子		住所	日中連絡先
	フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		学年	入園月
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		氏名	平成 28 年 5 月 5 日	新 2 号
フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		施設名	年少	令和 2 年 4 月 1 日
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		氏名	西東京 太郎	マイナンバー
フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		氏名	西東京 花子	マイナンバー
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		氏名	西東京 一郎	マイナンバー

認定子ども (園児名)	フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		生年月日	認定区分	マイナンバー
	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		学年	入園月	認定番号
	フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		氏名	平成 28 年 5 月 5 日	新 2 号
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		施設名	年少	令和 2 年 4 月 1 日	1234 5678 9101
フリガナ	ニシトウキョウ ジロウ		氏名	西東京 太郎	マイナンバー	1234 5678
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		氏名	西東京 花子	マイナンバー	1234 5678
フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		氏名	西東京 一郎	マイナンバー	1234 5678

園児の属する世帯状況 (認定子どもを除く)	氏名	生	児との 続柄	園名・学年 市外所在地※	市民税課税額	
	西東京 太郎	昭和	父	アメリカ	所得割	均等割
	西東京 花子	昭和	母	大学3年 京都	1	
	西東京 一郎	平成10年12月1日	兄	小3	R 2	
西東京 ABC	銀行・信用金庫 農協・信用組合	田舎支店	支店 出張所	口座番号	普通・当座・その他	
金融機関コード	支店コード		口座名義	1234567		
1	2	3	4	5	6	7
				力ナ	ニシトウキョウ ハナコ	

◆幼稚園・保育園・認定子ども園・障害児通園施設等に在籍している場合は、名称および学年(小学生以上は学年のみ)をご記入ください。  
 ◆市外在住の場合は市区町村名(国名)をご記入ください。

類似施設に通園の方は、認定区分と認定番号の記入は不要です。

世帯欄が足りない場合は裏面にご記入ください。

申請者と口座名義は同じ方をご記入ください。認定通知書に記載されている認定保護者と同じにしてください。

振込先口座(認定子どもを記入してください)

金融機関名	田舎支店	支店	出張所	口座番号	普通・当座・その他	
西東京 ABC	銀行・信用金庫 農協・信用組合	田舎支店	支店	1234567		
金融機関コード	支店コード		口座名義	ニシトウキョウ ハナコ		
1	2	3	4	5	6	
				力ナ	ニシトウキョウ ハナコ	

市記入欄 年 月 日 転入・転出

前期	① 4月	円	後期	② 10~3月	円	区分	市担当者記入	備考欄
計		円			円			

◆通帳・カード等に記載されているコード番号をご記入ください。  
 ※ ゆうちょ銀行を利用する方は通帳見開き1枚目(口座名義と振込用口座等が印字されている箇所)のコピーを添付してください。

表面の保護者補助金の申請において、次のいずれかに該当する方のみ☑をつけてください。

幼稚園等用【裏】

☑をつけた方は添付書類が必要となります。詳しくは案内をご覧ください。

【適用項目】	項目チェック欄
1. 生活保護の適用を受けている方	<input type="checkbox"/>
2. ひとり親の方	<input type="checkbox"/>
3. 寡婦(寡夫)控除のみなし適用を申請する方	<input type="checkbox"/>
4. 保護者または保護者と同一の世帯に属する者(在宅に限る)が以下に該当する場合	
I. 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者	<input type="checkbox"/>
II. 特別児童扶養手当の支給対象児童	<input type="checkbox"/>
III. 障害基礎年金の受給者	<input type="checkbox"/>

○特定子ども・子育て支援に要した費用の額 及び 施設等利用費の請求金額

利用年月日	支払い済入園料 月額換算額(b)	支払い済 月額保育料	支払額合計	月額上限額 施設等給付費	請求額 (入園料・保育料)	
年 月 日	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	
別紙 月 日	円	円	円	円	円	
年 月 日	円	円	円	円	円	
利用年月日	支払い済	利用日数	預かり保育 上限額	認可外保育施設等 支払い額	預かり	請求額 保育+認可外等
・特定子ども・子育て支援の提供に係る領収証			円	円		円
・特定子ども・子育て支援提供証明書(兼 領収額一覧)			円	円		円
・「給食提供実績報告書 兼 領収額一覧」及び「別紙 給食費に係る領収額(兼 食材料費 利用内訳)」 のとおり			円	円		円
年 月 日	円	日	円	円		円
年 月 日	円	日	円	円		円
年 月 日	円	日	円	円		円
年 月 日	円	日	円	円		円

○【一時預かり事業の給付対象の方】在籍園の預かり保育事業以外の認可外保育施設等利用状況

新2号認定を受け、在籍園の預かり保育事業について次のいずれかに該当する場合、給付対象となります。

- ① 教育時間を含む平日の預かり保育の提供時間数が8時間未満
- ② 年間(平日・長期休業中・休日の合計)開所日数200日未満

西東京市で該当する園かの確認は、園に直接聞いていただくか、市ホームページをご覧ください。  
(市外の園については、園または所在市区町村へお尋ねください。)

①	フリガナ 施設・事業名	所在地 〒 電話:
②	フリガナ 施設・事業名	所在地 〒 電話:
③	フリガナ 施設・事業名	所在地 〒 電話:

※ ①～③に書き切れない数の施設・事業を利用した場合は、余白等に記載してください。

【添付資料をご用意ください】

上記で記入した認可外保育施設等に支払った金額を証明する領収証(口座振替の場合は通帳のコピー等の確認ができる書類等)と特定子ども・子育て支援提供証明書を添付してください(いずれも施設が発行)。

ファミリー・サポート・センターを利用した場合は、援助を行う会員が発行した活動報告書を添付してください。

市記入欄	年 月 日 転入・転出・入園・退園(日割)							認定:
	4月分	5月分	6月分	7月分	8月分	9月分	合計	備考
保育料								
預かり								
その他								
給食								