

令和3年度 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

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. 申請者と対象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. 公簿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

年 月 日 申請

(申請保護者)	フリガナ			電話番号 (日中に連絡がとれる番号)						
	氏名			⑩	父携帯・母携帯・自宅・その他					
	住所	西東京市		生年月日	年 月 日					
対象園児	フリガナ			生年月日	年 月 日		学年	満3歳・年少・年中・年長		
	氏名			マイナンバー						
	施設名			入園年月	年 月					
世帯員の状況 (園児を除く。)	氏名		生年月日	年齢	園児との続柄	園名・学年※1	住所地※2 (市外の場合)		市記入欄 市民税所得割額	
	1			年 月 日			現在		R2	
		マイナンバー					R3.1.1		R3	
	2			年 月 日			現在		R2	
		マイナンバー					R3.1.1		R3	
	3			年 月 日			現在		R2	
		マイナンバー					R3.1.1		R3	
	4			年 月 日			現在		R2	
		マイナンバー					R3.1.1		R3	
	5			年 月 日			現在		R2	
		マイナンバー					R3.1.1		R3	
	※1 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。								R2	
	※2 現在西東京市以外に住所がある場合、及び、保護者の方の令和2年1月1日時点・令和3年1月1日時点の住所が西東京市以外であった場合は、区市町村名(海外の場合は国名)を記入してください。								R3	

世帯の状況	次のいずれかに該当する方は、チェック欄に○を記入してください。		チェック
	1. 生活保護の適用を受けている方		
	2. ひとり親の方		
	3. 寡婦(寡夫)控除のみなし適用を申請する方		
	4. 保護者または保護者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		
	II. 特別児童扶養手当の支給対象児童		
	III. 障害基礎年金の受給者		

市受付欄

振込先口座	金融機関コード							
	金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店 出張所			
	預金種目	普通・当座 その他	口座番号	口座名義 (カナ)				

市記入欄 年 月 日 転入・転出・途中入園・途中退園（日割 / ）

保護者補助金													
第 子								備考					
① 4～8月			区分		② 9月		区分		② 10～3月		区分		
前 期	①	月分	(月額)	円	後 期	月分		(月額)	円				
	②	月分	(月額)	円		月分		(月額)	円				
	日割	月分		円		日割	月分		円				
	支払額計					円	支払額計				円		