

令和8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. 公簿や既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 年 月 日 申請

（保護者） 申請者	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	— — 父携帯・母携帯・自宅・その他						
	住所	西東京市								
対象園児	フリガナ		生年月日	入園年月	学年					
	氏名		年 月 日	令和 年 月	年少・年中・年長					
	施設名		きょうだい 順位	年齢問わず 同一生計内	第 子					
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 ※1	住所地※2 (各時点で市外在住の場合)		市記入欄 市民税所得割額		
	1		年 月 日			R7.1.1		R7		
		マイナンバー					R8.1.1	現在	R8	
	2		年 月 日			R7.1.1		R7		
		マイナンバー					R8.1.1	現在	R8	
	3		年 月 日			R7.1.1		R7		
		マイナンバー					R8.1.1	現在	R8	
	4		年 月 日			R7.1.1		R7		
		マイナンバー					R8.1.1	現在	R8	
	5		年 月 日			R7.1.1		R7		
マイナンバー						R8.1.1	現在	R8		
※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。								R7		
※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7年1月1日時点・令和8年1月1日時点の住所が西東京市以外であった場合は、市区町村名（海外の場合は国名）を記入してください。								R8		
								計		
								計		
世帯の状況	次のいずれかに該当する方は、チェック欄に「○」			チェック	←承諾する場合は「✓」					
	1. 生活保護の適用を受けている方				交付区分に係る承諾	保護者、世帯員のいずれかまたは両方の、市民税が未申告の場合（※3）に、以下の取扱いとなることを承諾します。  ・保護者負担軽減事業費補助金の交付区分を6区分（最高区分）として認定すること  ※3 令和7年1月1日・令和8年1月1日に海外在住の方で給与証明を添付しない場合や、配偶者を扶養に入れていない場合等も含まれます。				
	世帯の市民税所得割額が77,100円以下かつ、以下に該当			—						
	2. ひとり親の方									
	3. 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										
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										
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	

