別記様式第１号

令和８年度長井市認可外保育施設等保育料負担軽減補助金交付申請書

長井市長　宛

令和８年度長井市認可外保育施設等保育料負担軽減補助金交付要綱に基づき、次のとおり補助金の交付申請をします。
交付の申請にあたり、施設等利用給付認定の有無、令和８年度長井市保育施設保育料等負担軽減事業費補助金の交付対象の有無について確認することに同意します。

※太枠内をもれなくご記入ください。

●申請者に関する事項

申請日	令和　　年　　月　　日		
申請者 （保護者） 氏　名	（ふりがな）	住　　所	〒９９３－ 長井市
		電話番号	

対象施設に入所している児童の氏名		生年月日 （4/1の年齢）	入所施設名	対象施設への入所期間 入所日	退所日 （入所中は空白）
1	ふりがな	：　：　生 （　　歳）		年　月　日	年　月　日
2	ふりがな	：　：　生 （　　歳）		年　月　日	年　月　日
3	ふりがな	：　：　生 （　　歳）		年　月　日	年　月　日

●対象施設（※１）に入所している児童に関する事項（※１は下欄をご覧ください）

●市判定欄

第１子児童名	支払月額 (A)	1/6 (B)	基準額(C)	(B)(C)いずれか 少ない方の額(D)	月数(E)	小計 (D)×(E)=(F)
			4,000円			
第２子児童名	支払月額 (G)	1/2 (H)	基準額(I)	(H)（I）いずれか 少ない方の額(J)	月数(K)	小計 (J)×(K)=(L)
			12,000円			
第３子以降児童名	支払月額(M)		基準額(N)	(M)(N)いずれか 少ない方の額(O)	月数(P)	小計 (O)×(P)＝（Q）
			24,000円			
			24,000円			
					合計（R）	

請求額（F）+（L）+（Q）

円

令和８年度長井市保育施設等保育料負担軽減事業費補助金交付対象者

第３子以降 児童名	支払月額 (M)	基準額（N）	(M)（N）いずれか 少ない方の額	月数(P)	小計 (O)×(P)	補助額 (※2)	差額
		24,000円					
		24,000円					
				請求額			

※1　対象施設とは、認可外保育施設、企業主導型保育事業所、保育所、認定こども園、幼稚園、児童センター、家庭的保育事業所等のことです

※2　補助額とは、「令和８年度長井市保育施設等保育料負担軽減事業費補助金」の額です