様式第１号（第９条関係）

芦北町乳児等通園支援事業利用申請書

申込日　　　年　　月　　日

芦北町長　　　　　様

芦北町乳児等通園支援事業を利用したいので、芦北町乳児等通園支援事業実施要綱第９条の規定に基づき、次の事項に同意のうえ申請します。

|  |
| --- |
| **【確認事項】次の各事項をよく読み、チェックを入れてください。**  □ １ 町が利用承認に当たって必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む。）及び世帯情報の閲覧、生活保護の適用状況等の資料を閲覧及び調査することに同意します。  □ ２ 利用できるこどもの年齢は生後６か月～満３歳未満までであることを確認しました。  □ ３ 利用可能時間の上限がこども一人当たり月　　時間であることを確認しました。  □ ４ 利用するこどもは、保育所、認定こども園及び地域型保育事業所を利用していません。  □ ５ 利用施設と芦北町で本事業の実施に必要な範囲で保有情報を相互提供することに同意します。  □ ６ 利用施設や芦北町のアンケート調査等に協力します。  □ ７ 利用に当たっては、利用施設と事前に取り決めた約束事や決まりを遵守します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望利用施設 |  | | | | | | | |
| 保護者氏名 | フリガナ | | | | 電話番号（緊急連絡先） | | | |
|  | | | |  | | | |
| 住　　　　所 | 〒　　－ | | | | | | | |
| 利用する  こども | 氏　　　名 | 性別 | 生年月日（年齢） | | | | | 利用希望期間 |
| フリガナ |  | 年 月 日生(満 歳) | | | | | 年　月～　年　月 |
|  |
| フリガナ |  | 年 月 日生(満 歳) | | | | | 年　月～　年　月 |
|  |
| 世帯構成員  （利用するこどもを除く。） | 氏　　　　　名 | | | 性別 | | 続柄 | 年齢 | 勤務先・通学先 |
| フリガナ | | |  | |  |  |  |
|  | | |
| フリガナ | | |  | |  |  |  |
|  | | |
| フリガナ | | |  | |  |  |  |
|  | | |
| フリガナ | | |  | |  |  |  |
|  | | |
| フリガナ | | |  | |  |  |  |
|  | | |

■ 利用料の減免を希望する方は、該当する世帯区分にチェックをいれてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯区分 | □ 1. 本事業を利用する日において生活保護法第６条第１項に規定する被保護者である世帯  □ 2. 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度分の市町村民税が課されない者である世帯  □ 3. 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度分の市町村民税所得割合算額が　　　　　　円未満である世帯  □ 4. 要保護児童対策地域協議会に登録された要支援児童及び要保護児童が属する世帯又は特に支援が必要であると市長が認めた世帯 |