

様式第1号（第8条関係）

本巢市乳児等通園支援事業利用申請書

令和 年 月 日

本巢市長 様

本巢市乳児等通園支援事業を利用したいので、本巢市乳児等通園支援事業実施要綱第8条第1項の規定に基づき、次の事項に同意のうえ申請します。

<p>【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。</p> <p><input type="checkbox"/> 1 市が利用承諾に当たって必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む。）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。</p> <p><input type="checkbox"/> 2 利用できるこどもの年齢は生後6か月から満3歳未満までであることを確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 3 利用可能時間の上限が子ども1人当たり月10時間であることを確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 4 利用する子どもは、保育所、認定こども園、地域型保育事業所、企業主導型保育事業所を利用していません。</p> <p><input type="checkbox"/> 5 利用施設と本巢市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。</p> <p><input type="checkbox"/> 6 利用施設で利用時間を管理するため、同一月に複数施設を利用できないことを確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 7 利用施設や本巢市のアンケート調査等に協力します。</p> <p><input type="checkbox"/> 8 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必ず守ります。</p>	
---	--

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	〒 ー ー 本巢市		
利用児童	氏名	生年月日（満年齢）	利用希望期間
	フリガナ	年 月 日生（ 歳）	年 月 日～ 年 月 日
	フリガナ	年 月 日生（ 歳）	年 月 日～ 年 月 日
世帯構成員 (利用するこどもを除く。)	氏名	続柄	勤務先・通学先
	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入れてください。

世帯区分	<p><input type="checkbox"/> 1 事業を利用する日において対象児童の属する世帯が生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護者である世帯 児童1人につき1時間当たり300円</p> <p><input type="checkbox"/> 2 対象児童の保護者と同一の世帯に属する者が事業を利用する月の属する年度（4月から8月までにあつては、前年度）の市町村民税が非課税である世帯（前号に掲げる世帯を除く。）児童1人につき1時間当たり240円</p> <p><input type="checkbox"/> 3 対象児童の保護者と同一の世帯に属する者について、事業を利用する月の属する年度（4月から8月までにあつては、前年度）の市町村民税の所得割額を合算した額が7万7,101円未満である世帯 児童1人につき1時間当たり210円</p>
------	--