

申請者氏名

乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用料負担軽減申請書

次のとおり、乳児等通園支援事業の利用料に係る負担軽減について申請いたします。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業の利用にあたり必要な市民税、生活保護受給状況、障害に係る手帳並びに手当等の状況、世帯情報及び申請者等の情報等を閲覧することに同意します。		
	<input type="checkbox"/> 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、大和高田市と乳児等通園支援事業実施施設及び関係市町村が申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報（加算・減免・児童状況・その他制度利用のために必要な情報含む）を共有することに同意します。		
フリガナ		ログインID（メールアドレス）	
保護者名		生年月日	年 月 日 生
		住所	
		電話番号	
フリガナ		保護者との続柄	
児童氏名		生年月日	年 月 日 生
フリガナ		保護者との続柄	
児童氏名		生年月日	年 月 日 生
フリガナ		保護者との続柄	
児童氏名		生年月日	年 月 日 生

以下の減免事由について、該当するものにチェックを付けてください。

減免事由	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業による支援を受けた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（生活保護受給中） 【添付書類】 生活保護受給者証の写し 等		
	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業利用認定保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者が地方税法の規定による市町村民税を課されない者である（市町村民税非課税世帯） 【添付書類】 事前に保育幼稚園課へご確認ください		
	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業利用認定保護者及び当該保護者と同一の世帯に属する者について地方税法の規定による市町村民税の所得割の額を合算した額が7万7,101円未満である 【添付書類】 事前に保育幼稚園課へご確認ください		