

別記第1号様式（第7条関係）

幌延町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用認定申請書

年 月 日

幌延町長 様

幌延町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	現住所	〒		
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	
	ふりがな	氏名		生年月日
	氏名			
	メールアドレス	電話番号		年 月 日
	利用料減免の 申請	有 ・ 無	※生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯のいずれかに該当する場合	

利用を希望 する子供	ふりがな	性別		男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年齢 (申請時点)	歳
	障がいの状況	無・有 (障がいの状況 )		
	利用開始希望日	年 月 日		

【誓約・同意事項】

- 利用できる年齢は生後6か月から3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。
- 利用時間の上限が月10時間であることを確認しました。
- 利用児童は、認定こども園を利用していません。
- 事業の利用にあたり必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報を閲覧することに同意します。

【幌延町使用欄】

認定者番号	認定期間	利用料金区分		備考
	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 生活保護	0円	
	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯	0円	
		<input type="checkbox"/> 上記以外の世帯	300円	