

様式第1号（第6条関係）

西ノ島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

西ノ島町長

様

(受付印)

西ノ島町乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)を利用したいので、西ノ島町乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

保護者(申請者) 住 所			
前年1月1日現在 の 住 所		異動年月日 ・ ・	
保護者(申請者) 氏 名			
(連絡の 取れる 順) 電話番号	①	父携帯・母携帯 自宅・その他( )	
	②	父携帯・母携帯 自宅・その他( )	
	③	父携帯・母携帯 自宅・その他( )	

申請児童	ふりがな	生年月日		年齢
	氏 名	年 月 日生		歳 (申請日時点)
利用を希望する期間		年 月 日 ~ 年 月 日 / 満3歳に達するまで		
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	摘要
ひとり親世帯の状況		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他( )		
減 免 区 分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税所得割額世帯合計 77,101円未満		

【誓約・同意事項】(チェック欄(□)に「✓」を入れてください。

- 町が利用者負担の免除等に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること並びにそれに基づき決定した利用者負担金の免除等の情報について、実施事業者に情報提供することに同意します。
- 本申請書及び添付書類は、利用者認定申請の資料及び児童台帳として使用し、事業実施に必要となる情報について、実施事業者に提供することに同意します。
- 申請内容が事実と相違した場合には、認定を取り消すことがあります。