

豊後高田市乳児等通園支援事業利用認定申請書

豊後高田市長 様

豊後高田市乳児等通園支援事業を利用するため、豊後高田市乳児等通園支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、以下の事項に同意の上、次のとおり申請します。(内容を確認してチェック「✓」を記入してください)

1	利用する子どもは豊後高田市民です。(豊後高田市に住民票があること。)
2	利用できる子どもの年齢は、生後6か月から3歳の誕生日の前々日までです。
3	利用可能時間は子ども1人につき、1月当たり10時間が上限です。
4	認可保育所、認定こども園、地域型保育事業所又は企業主導型保育事業所に在籍していません。
5	4の施設に入所(在籍)した時点で、この制度を利用できなくなることを理解しています。
6	利用にあたり必要な市区町村民税、世帯情報、生活保護受給情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
7	利用する事業所の予約状況などによっては、希望する日に利用できないことがあります。
8	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、住所地の市区町村と関係市区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を共有することに同意します。
9	減免対象者は、市が減免補助金を減免対象者の代わりに、当該施設に支払うことに同意します。

利用を希望する子どもの数						人
利用子ども1	フリガナ				生年月日	
	氏名				申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類: ) ※手帳のコピーを提出してください					
利用子ども2	フリガナ				生年月日	
	氏名				申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類: ) ※手帳のコピーを提出してください					
利用子ども3	フリガナ				生年月日	
	氏名				申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類: ) ※手帳のコピーを提出してください					
保護者1 (主に連絡を取る方)	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	〒			
	前年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	〒			
	フリガナ				子どもから見た続柄	
	氏名				電話番号	
	生年月日				メールアドレス	
保護者2 (代理利用者)	フリガナ				子どもから見た続柄	
	氏名				電話番号	
	生年月日				メールアドレス	
	※保護者2(代理利用者)がシステムを利用し、乳児等通園支援事業の予約・キャンセルをする場合はメールアドレスの入力が必要です。					
利用料の特例の適用の申請の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(生活保護世帯) <input type="checkbox"/> 有(市民税非課税世帯) <input type="checkbox"/> 有(市民税所得割額77,101円未満世帯)					