

別別記様式第 1 号（第 9 条関係）

年 月 日

矢板市長 宛

申請者（保護者等）

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
メールアドレス _____

乳児等通園支援事業利用認定申請書

矢板市乳児等通園支援事業を利用したいので、次の事項に同意・確認のうえ申請します。

【同意確認事項】（各事項をよく読み、チェックを入れてください。）

- ☐ 1. 利用年齢は、生後 6 カ月～3 歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。
- ☐ 2. 利用可能時間の上限が月 10 時間であることを確認しました。
- ☐ 3. 保育所（園）、認定こども園、幼稚園、企業主導型保育事業所に入園していません。
- ☐ 4. 市が利用資格や利用料減免の確認のために必要な住民登録や市民税情報の閲覧、認可保育所等の利用状況について確認することについて同意します。
- ☐ 5. 1 月 1 日時点で市外に住民登録があった場合で、利用料の減免を受ける場合は、前住所地の住民税課税証明書（所得割のわかるもの）又は非課税証明書の提出が必要です。
- ☐ 6. 利用施設が、利用料減額分の補助金を、私に代わり請求・受領することに同意します。
- ☐ 7. 利用施設と市で必要な情報を相互提供することがあることに同意します。
- ☐ 8. 利用にあたって、施設と事前に取り決めた約束事や決まりごとは必ず守ります。

利用 児 童	(フリガナ) 氏 名	申請者との続柄	生年月日（満年齢）		利用希望日（初回）
	()		年 月 日 (歳)	年 月 日	
ア レ ル ギ ー	有 () ・ 無 症状・対応を記入してください		そ の 他	1. 該当するものがあれば、○で囲んでください。 脱臼・てんかん・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・ 熱性けいれん・その他 () 2. 健診の結果や心身の発達で、心配なことがあ れば記入してください。	

【以下、市使用欄】

認定日	令和 年 月 日	認定番号	
認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
利用料 (1 時間当たり)	生活保護世帯 0 円	住民税非課税世帯 60 円	住民税所得割 合 算 77,101 円未満 90 円 要支援世帯 150 円