

様式第1号（第7条関係）

乳児等通園支援事業利用登録申請書

年 月 日

葛城市長 様

申請者
(保護者氏名)

次のとおり乳児等通園支援事業を利用したいので、関係書類を添えて登録を申請します。
また、事業の利用に当たっては、葛城市乳児等通園支援事業実施要綱の規定を遵守することを誓約します。

① 申込児童、保護者

申込児童	フリガナ			性別	男 ・ 女	
	氏名			生年月日	年 月 日生（ 歳）	
保護者	現住所	〒 -		電話番号		
	メールアドレス					
	年 1月1日 現在の住所	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒 -	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒 -	
事業の利用をはじめようとする月			年 月 日から			

② 世帯の状況

区分	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	備考
保護者			年 月 日		同居・別居
			年 月 日		同居・別居
保護者以外の同居者			年 月 日		生計 同一・別
			年 月 日		生計 同一・別
			年 月 日		生計 同一・別
			年 月 日		生計 同一・別

③ 負担額の減免を希望する方は、該当する項目にチェックしてください

<input type="checkbox"/> 事業を利用する日において生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第1項に規定する被保護者である場合 300円
<input type="checkbox"/> 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者が市町村民税を課されない者である場合 240円
<input type="checkbox"/> 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者の市町村民税の所得割の額を合算した額が7万7,101円未満である場合 210円

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

事業の実施に必要な範囲で、申請者の世帯の税情報の公簿等を、市が閲覧及び調査すること。また、申請内容や同意して得た情報について、登録の審査、利用料金の決定及びその他の附帯業務のために市が利用することに同意します。
保護者氏名（自署）