

認可外保育施設等多子世帯利用支援金支給認定申請書

年 月 日

会津若松市長（あて）

保護者 住所

氏名

携帯（父） - - （母） - -

次のとおり、多子世帯利用支援に係る認定を申請します。

|                |           |                |
|----------------|-----------|----------------|
| ふりがな<br>子どもの氏名 | 生年月日      | 年 月 日          |
|                | 年 齢       | ( 年<br>4月1日現在) |
| 利用施設名          | 利用開始(予定)日 | 年 月 日          |
| 年1月1日現在の住所     |           |                |

① 施設利用(予定)子どもの家庭状況 ※同居している親族等(別世帯も含む。)全員を記入してください

|                       |     |                                                  |    |          |     |
|-----------------------|-----|--------------------------------------------------|----|----------|-----|
| 申請<br>子ども<br>の世帯<br>員 | 氏 名 | 生 年 月 日                                          | 続柄 | 職業又は学校名等 | 備 考 |
|                       |     | 年 月 日                                            | 父  |          |     |
|                       |     | 年 月 日                                            | 母  |          |     |
|                       |     | 年 月 日                                            |    |          |     |
|                       |     | 年 月 日                                            |    |          |     |
|                       |     | 年 月 日                                            |    |          |     |
| 家庭の状況                 |     | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭（離婚・死別・未婚・その他（ ）） |    |          |     |

② 保育の利用を必要とする事由

|     |                                                              |                                                                 |                                                                         |                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 保護者 | 必要とする事由                                                      |                                                                 |                                                                         |                                                                        |
| 父   | <input type="checkbox"/> 就労<br><input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産<br><input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい<br><input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|     | <input type="checkbox"/> 就労<br><input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産<br><input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい<br><input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 母   | <input type="checkbox"/> 就労<br><input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産<br><input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい<br><input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
|     | <input type="checkbox"/> 就労<br><input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産<br><input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい<br><input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 | <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

③ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市が多子世帯利用支援の審査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、また、その情報に基づき決定した内容について、施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名

※市記載欄

|      |     |        |   |
|------|-----|--------|---|
| 認定番号 | 第 号 | 認定有効期間 | ～ |
|------|-----|--------|---|