

八千代市保育園等利用申込書

（宛先）八千代市子ども部長

平成 年 月 日

保護者 氏 名

住 所 〒

自宅電話

携帯電話 (父)

(母)

以下の事項について同意し、次のとおり申し込みます。

- 1 市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- 2 市で課税情報が確認できず、また必要な税書類を指定期日までに提出しなかった場合、暫定的に最高階層の保育料に決定されること。
- 3 就労状況等に関する調査(職場への確認、電話、現地調査等)を予告なく行うこと。

区 分	ふりがな 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性 別	職 業	勤務先・学校 幼稚園・保育園等名
児童の 家庭 状況	児 童	本人	・ ・ (歳)	男・女	/	
	児 童 の 家 庭 状 況 の 世 帯 員	父	・ ・	男		
		母	・ ・	女		
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
保育の利用を希望する理由			希望する 保育園等名	第一	第三	
<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他()			生活保護の 受給状況	第二	第四	
				適用 有・無 (年 月 開始)		
保育の利用を希望する期間			年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	

----- 市記入欄（以下は記入しないで下さい） -----

受理日	認定番号	認定区分等				
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 (標準・短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (標準・短時間)				
入園施設	認定日	適用年月日	階層区分	保育料	所得割	均等割
可・否	自 平成 年 月 日		国 市			
	至 平成 年 月 日		国 市			

