

様式第1号（第9条関係）

都留市乳児等通園支援事業利用認定申請書

申請日 年 月 日

都留市長 様

都留市乳児等通園支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者氏名 (保護者)	フリガナ		電話番号（緊急連絡先）			
住 所	〒 ー 山梨県都留市					
利 用 児 童	氏 名	性別	生年月日（年齢）		利用希望期間	
	フリガナ		年 月 日生 ( 歳)		年 月 日～ 年 月 日	
	フリガナ		年 月 日生 ( 歳)		年 月 日～ 年 月 日	
利用児童の 保護者及び 同居者（利用 児童を除く。）	氏 名	性別	続柄	年齢	勤務先・通学先	
	フリガナ					
	フリガナ					
	フリガナ					
	フリガナ					
フリガナ						
確認事項① 該当する項目に ☑してください。	保育園、認定こども園、小規模保育事業所、事業所内保育事業所及び企業主導型保育施設への入園状況 <input type="checkbox"/> 入園していません。 <input type="checkbox"/> 入園申請中です。( 年 月 日から利用希望) <input type="checkbox"/> 入園が決定しています。(入園予定日 年 月 日)					

※裏面も必ず記入してください。

<b>確認事項②</b> 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。	障がい等の 状況	<input type="checkbox"/> 利用児童が特別児童扶養手当の支給対象となっている。 <input type="checkbox"/> 利用児童が身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> 専門医による診断書又は児童相談所長による判定により障がい等の事実が把握できる。 ※上記の内容が確認できる次の資料の写しを添付してください。 ・特別児童扶養手当受給者証 ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 ・医師の診断書等
	利用者負担 額減免要件	下記の理由により、利用者負担額の減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税が課税されない世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯

★個人情報及び税情報に関する同意書

都留市長

利用認定の申請にあたって必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報の閲覧、生活保護の適用状況等の資料を閲覧及び調査することに同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

※利用者負担額の減免を受けようとする方で、令和7年1月1日以降に他市町村から転入された方等、都留市において公簿による税情報が確認できない場合は、課税証明書等を提出いただく必要があります。

【市審査欄】

認定要件	未就園 ・ 入園申請中（ 年 月 日から利用希望） ・ 入園決定（ 年 月 日入園予定） ・ 入園中
年齢要件	6ヶ月～3歳未満 ・ 3歳以上
認定の可否	可（認定期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日） ・ 否
減免額	減免なし ・ 300円（生活保護） ・ 240円（市町村民税非課税） ・ 210円（所得割額77,101円未満）
補助額加算	該当（確認資料あり） ・ 非該当
備考欄	