別記第１号様式(第２条、第４条関係)

新発田市子どもデイサービス事業利用申請書（兼利用料減免申請書）

年　　月　　日

　（宛先）新発田市長

　次のとおり新発田市子どもデイサービス事業を利用したい（利用料の減免を受けたい）ので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望保育園名 | 　　　　　　　　　　保育園 |
| 保護者 | 住所 | 〒　　　―　　　　 | (　　　　　様方) |
| フリガナ |  | 電話番号 |
| 氏名 |  | 自宅　　　　(　　　)　　　　携帯　　　　―　　　―　　　　 |
| 児童 | フリガナ |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 |  | 　　　・　　・(満　　　　歳) | 男・女 |
| 児童 | フリガナ |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 |  | 　　・　　・(満　　　　歳) | 男・女 |
| 家族の状況 | 氏名 | 児童との続柄 | 勤務先・学校名及び電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 利用日・保育時間・給食希望の有無 | 　　月　　日　　時　　分～　　時　　分(給食希望　有・無) |
| 　　月　　日　　時　　分～　　時　　分(給食希望　有・無) |
| 　　月　　日　　時　　分～　　時　　分(給食希望　有・無) |
| 　　月　　日　　時　　分～　　時　　分(給食希望　有・無) |
| 利用申請理由(具体的に記入してください。) |

備考　「家族の状況」欄には、住民票の上で利用児童と同一の世帯に属する人について記

入してください。

　＊裏面も記入してください。

|  |
| --- |
| 利用当日の朝の状況：食事の様子、児童の健康状態など注意することがあれば記入してください。(例朝食が遅かった。アレルギーなどがあって食べられないものなど) |
| 以前に利用した保育園名 | 　 | 保育園 |  |
| 保育園 |
| かかりつけの医院があれば記入してください。 | 医院名電話番号 |
| 健康保険 | 種類(　　　　　　　　)記号・番号 |
| 緊急連絡先 | 　 | 連絡先　 | 　 |
| 電話番号　　　　(　　　)　　　　 |

減免申請の理由

該当する区分を☑してください。

　　□区分１　生活保護受給

　　□区分２　市町村民税非課税

　　□区分３　市町村民税所得割額合算額77,101円未満

　　□区分４　上記１～３のほか、市長が特に支援が必要と認める世帯

|  |
| --- |
| **新発田市が有する申請者及び同一世帯に属する者の情報の閲覧・調査に係る同意書**　いずれかの番号を☑してください。　　□１　新発田市が必要な範囲において、新発田市が有する情報を閲覧及び調査することに同意します。（当該年（４月から８月に申請する場合は前年）１月１日時点で新発田市に住民票がなく、区分２又は３に該当する方は、当該年度（４月から８月に申請する場合は前年度）の市町村民税の課税証明書の写しの添付が必要）　　□２　新発田市が必要な範囲において、新発田市が有する情報を閲覧及び調査することに同意しません。（住民票の写しの添付が必要）（区分１に該当の方は、生活保護受給証明書の写しの添付が必要）（区分２又は３に該当の方は、当該年度（４月から８月に申請する場合は前年度）の市町村民税の課税証明書の写しの添付が必要) |