

様式 1 (第 関係)

(表)

栃木市こども誰でも通園制度利用 (変更) 申込書

(宛先) 栃木市長

次のとおり、栃木市こども誰でも通園制度を利用したいので申込みます。

太枠内を記入してください。

		申 込 日	年 月 日		
保護者	ふりがな	個人番号			
	氏 名	生年月日	年	月	日生
	住 所	〒			
児童	ふりがな	個人番号			
	氏 名	生年月日	年	月	日生
	障害の情報	無・有 (障害者手帳所持 ・ 特別児童扶養手当受給対象児童 障害児通所給付受給対象児童 ・ 医師の診断書)	保護者との続柄	性別	男・女
	アレルギーの情報	無・有 ()			
	その他特記事項	無・有 ()			

1 利用料の減免

次のいずれかに該当する世帯は利用料が減免となる場合があります。**申請する場合は世帯情報をご記入ください。**

- ①生活保護を受けている世帯 ②市民税非課税世帯 ③市民税所得割額の合算が 77, 101 円未満の世帯

生活保護の適用の有無		非該当・該当 (年 月 日保護開始)				
区分	氏 名	生 年 月 日	性 別	児童との続柄	職業等	個人番号
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			

※児童の父または母が単身赴任等により別居する場合は、職業等欄に住所を記入してください。

※世帯分離等住民票が別であっても、同居する者はすべて記入して下さい。

※課税証明書等をご提出いただく場合があります。

2 情報共有及び税情報の閲覧等

制度利用に当たり、利用時に知り得た情報を関係部局と共有することに同意します。

また、利用料の減免を受けるために必要な市町村民税の情報 (同一世帯員を含む。) 及び世帯情報を閲覧すること、並びにその情報に基づき決定した利用料減免情報を利用施設に対して提示することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

(自署しない場合は記名押印してください。)

※同意のない場合は、利用料の減免は受けられません。また、利用をご遠慮いただく場合があります。

(裏)

保護者へのアンケート

問1 本制度を知ったきっかけは何ですか。

1. 市のチラシやホームページを見た
2. 保育施設のチラシやホームページを見た
3. 知人から聞いた
4. 乳児検診等で勧められた
5. その他 ()

問2 本制度を利用したいと思った理由は何ですか。(複数回答可)

1. こどもが家族以外の人とかかわる機会を得られるため
2. 同じ年頃のこどもと触れ合う機会を得られるため
3. こどもに対する関わりや遊びなどの知識をもつ保育者からアドバイスが欲しいため
4. 育児に対する不安があり、相談をしたいため
5. 保育施設等への入所を予定しており、預かりの環境に慣れさせるため
6. 保護者が育児と離れリフレッシュの時間を設けるため
7. その他 ()

※受理施設記入欄

受付年月日	年 月 日	
施設(事業者)の名称		
担当者	氏名	
	電話番号	
利用の可否	可・否	
障害児加算の場合の加配職員氏名		
備考		

※市記入欄

受理年月日	年 月 日		
利用の可否	可・否 (否とする理由)	認定者番号	
		認定日	年 月 日
減免の有無	有(300円・240円・210円)・無		
障害児加算の有無	有・無		
備考			