

多子世帯利用者負担軽減給付認定現況届

受付印

(あて先)千葉市長

年 月 日

保護者	住所	〒 千葉市 区		
	氏名	※自署でない場合は、記名押印してください。		生年月日
				年 月 日
	連絡先電話番号	- -		
	連絡先メールアドレス	@		

千葉市幼稚園等の預かり保育及び認可外保育施設等における多子世帯の利用者負担軽減給付金事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり状況を届け出ます。

1 児童の状況

フリガナ		生年月日	出生順位
氏名		年 月 日	第 子
住所	〒 千葉市 区		
利用施設(事業)	<input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園 (施設(事業)名:)		
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設 (施設(事業)名:)		
	<input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業 (施設(事業)名:)		
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		
世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯		

2 保育を必要とする理由(提出書類は裏面をご確認ください。)

父	<input type="checkbox"/> 就労 (<input type="checkbox"/> 単身赴任) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()					
母	<input type="checkbox"/> 就労 (<input type="checkbox"/> 単身赴任) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()					

3 世帯の状況

(保護者・児童記載欄以外の同一住所に住んでいる方全員(別世帯を含む。))及び生計を同一としている別居の家族を記入)

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	別居先住所 (別居の場合のみ記入)	出生順位(子の 場合のみ記入)
		年 月 日	〒	第 子
		年 月 日	〒	第 子
		年 月 日	〒	第 子
		年 月 日	〒	第 子