

弘前市子ども誰でも通園制度利用認定申請書

年 月 日

弘前市長 殿

弘前市子ども誰でも通園制度の利用認定について、次の事項に同意のうえ申請します。

【確認事項】 次の各事項をよく読み、チェックを入れてください。	
<input type="checkbox"/>	1. 利用できる年齢は生後6か月～3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	2. 利用可能時間の上限が月10時間であることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	3. 利用児童は、認可保育施設等(保育所、認定こども園、地域型保育事業)又は企業主導型保育事業所を利用していません。
<input type="checkbox"/>	4. 本事業の利用にあたり必要な地方住民税情報及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
<input type="checkbox"/>	5. 利用施設と弘前市で本事業の実施に必要な限度で保有情報を共有することに同意します。

保護者氏名	フリガナ		電話番号	メールアドレス
住 所	〒 弘前市			
令和6年1月1日住所	父	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(都・道 府・県 市・区 町・村)	母	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(都・道 府・県 市・区 町・村)
令和7年1月1日住所	父	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(都・道 府・県 市・区 町・村)	母	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(都・道 府・県 市・区 町・村)

※1月1日時点で市外に住所があり利用料の減免を受ける場合は、市区町村住民税の所得課税証明書(非課税証明書)を提出してください。

利用児童	フリガナ	性別	生 年 月 日	障害者手帳等の有無
		男・女	令和 年 月 日	有・無 ※有の場合は手帳等を添付
児童の状況	疾患等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名 () 症状 () 特別な配慮 ()	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギー () その他アレルギー ()	
	その他配慮すべきこと	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	具体的に記載 ()	

(利用世帯児童を成 除員く)	氏 名	続柄	生年月日	勤務先・通学先等
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ		昭和 平成 令和 年 月 日	
世帯の状況	利用料減免の申請(※)	有・無	生活保護の受給	有(保護開始年月日: 年 月)・無

※以下のいずれかに該当する場合は、利用料減免の対象となります。

- ①生活保護受給世帯
- ②住民税非課税世帯
- ③市民税の所得割が77,101円未満の世帯
- ④要保護児童のいる世帯として市長が認める世帯