

認可外保育施設利用者補助金申請書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

次のとおり申請(届出)します。

申請者	ふりがな	あさひかわ いちろう		生年月日	連絡先		
	氏名	旭川 一郎		平成〇年〇月〇日	(自宅) 0166-〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 0×0-××××-××××		
	居住地	〒070-8525 旭川市7条通10丁目		当該年度4月1日現在の年齢			
児童	ふりがな	あさひかわ ゆき		生年月日	年齢(当該年度.4.1現在)		
	氏名	旭川 ゆき		令和3年8月1日	1		
保育の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
場 合 (-3歳と未 満児の み記入) 必要とする理由	児童との続柄	理由					
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 同居家族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()					
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 同居家族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()						
教育・保育の無償化	<input type="checkbox"/> 対象 <input checked="" type="checkbox"/> 対象外						
世帯の状況(申請者及び認可外保育施設を利用する児童を含む)	ふりがな	続柄	生年月日	職業勤務先又は学校名等	同居・別居	障害者手帳又は療育手帳の有無	
	氏名						
	あさひかわ いちろう	父	平成〇年〇月〇日	△△△	同・別	有(無)	
	旭川 一郎						
	あさひかわ はな	母	平成〇年〇月〇日	□□□	同・別	有(無)	
	旭川 はな						
	あさひかわ なな	長女	平成〇年〇月〇日	〇△□小学校	同・別	有(無)	
旭川 なな							
あさひかわ ゆき	次女	令和3年8月1日	〇△□保育園	同・別	有(無)		
旭川 ゆき							
	こちらにも記入してください						
			年 月 日		同・別	有・無	
			年 月 日		同・別	有・無	
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親世帯等以外						
生活保護法の適用	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日保護開始) <input checked="" type="checkbox"/> 無						
旭川市暴力団排除条例	<input checked="" type="checkbox"/> 旭川市暴力団排除条例第2条第1号又は第2号に該当しない						

補助金算出表		4月	5月	6月	7月	8月
	開所日数	25日	23日	26日	25日	26日
	出席日数	21日	19日	21日	20日	20日
	欠席日数	4日	4日	5日	5日	6日
	保育料	30,000円	30,000円	30,000円	30,000円	30,000円
	算定額	円	円	円	円	円
		9月	10月	11月	12月	1月
	開所日数	日	日	日	日	日
	出席日数	日	日	日	日	日
	欠席日数	日	日	日	日	日
	保育料	円	円	円	円	円
	算定額	円	円	円	円	円
		2月	3月	補助金申請額		
	開所日数	日		記入しない		
	出席日数	日				
	欠席日数	日				
	保育料	円				
	算定額	円				
					円	

私は、市が行う次の事項について同意します。

同意事項 旭川市認可外保育施設等補助金に係る審査のため、市及び関係機関が保有する個人情報を利用すること。

同意期間 本同意は、同意年月日から開始し、年5月31日まで有効とします。