

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○年○月○日	(自宅) 0 1 6 6 - ○ ○ - ○ ○ ○ ○ (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4年8月1日	1	
保育の必要性	☒ 有					
	☐ 無					
場合(3歳未満児のみ記入)	児童との続柄	理由				
	父	☒ 就労	☐ 妊娠・出産	☐ 疾病・障害	☐ 同居家族の介護・看護	0・1・2歳の場合は記入してください
		☐ 就学	☐ 災害復旧	☐ その他 ()		
	母	☒ 就労	☐ 妊娠・出産	☐ 疾病・障害	☐ 同居家族の介護・看護	
教育・保育の無償化	☐ 対象					
	☒ 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○年○月○日	△△△	同・別	有・無
	旭川 一郎					
	あさひかわ はな	母	平成○年○月○日	□□□	同・別	有・無
	旭川 はな					
	あさひかわ なな	長女	平成○年○月○日	○△□小学校	同・別	有・無
	旭川 なな					
	あさひかわ ゆき	次女	令和4年8月1日	○△□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	
		年 月 日		同・別	有・無	
		年 月 日		同・別	有・無	
世帯区分	☐ ひとり親世帯等					
	☒ ひとり親世帯等以外					
生活保護法の適用	☐ 有 (年 月 日保護開始)					
	☒ 無					
旭川市暴力団排除条例	☒ 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				

私は、市が行う次の事項について同意します。