

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		生年月日	連絡先		
	氏名		年 月 日	(自宅) (携帯)		
	居住地	〒 -				
児童	ふりがな		生年月日	年齢(当該年度.4.1現在)		
	氏名		年 月 日			
保育の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
場(必要と見做す理由)の3歳未満児の利用を	児童との続柄	理由				
		<input 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()				
		<input 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 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					
			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
			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	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input 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 type="checkbox"/> 無					
旭川市暴力団排除条例	<input 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	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
		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				
	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。

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。

同意年月日 年 月 日