

(宛先) 昭島市長

住 所

保護者氏名

電 話 番 号

昭島市多子世帯保育所等利用者負担軽減補助金申請書

次のとおり昭島市多子世帯に係る一時預かり保育等利用者負担軽減補助事業実施要綱第5条に定める利用者負担軽減を受けたいので申請します。

対象児童名 (1)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
対象児童名 (2)	フリガナ		<input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生 (歳)	
世 帯 構 成	氏 名	生年月日	続柄 (学年)
		年 月 日 (歳)	()
		年 月 日 (歳)	()
		年 月 日 (歳)	()
		年 月 日 (歳)	()
		年 月 日 (歳)	()
		年 月 日 (歳)	()
対 象 事 業	<input type="checkbox"/> 一時預かり保育事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園の預かり保育事業 (在園児に限る。)		
同 意 書	私 (申請者) は、多子世帯保育所等利用者負担軽減補助申請に伴い、住民票を添付する代わりに、貴職が必要な限りにおいて公簿等を調査することに同意します。 年 月 日		
備 考			