

# 同意書

令和 年 月 日

保護者	住所	伊佐市
	ふりがな 氏名	印
	電話番号	(        -        -        )

伊佐市福祉事務所長 殿

多子世帯の保育料軽減について次のとおり提出します。なお、この申請に係るわたしの世帯の課税状況及び児童手当の受給台帳について、福祉事務所が税務課等で調査することに同意します。

認可保育所名

対象児童 (3子以降)	ふりがな 氏名	生年月日	年齢	性別
		・ ・	歳	男・女
		・ ・	歳	男・女

◎ 入所児童の家庭の状況(対象児童を含めて記入すること)

区分	氏名	入所児童との続柄	生年月日	年齢	同居・別居の別	備考	※
入所児童の世帯員			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		
			・ ・	歳	同・別		

◎ 世帯の児童手当の受給状況

該当に○をつけてください

※欄は市町村が記入します。

児童手当を市町村から受給	<input type="checkbox"/>
公務員のため職場で受給	<input type="checkbox"/>

\* 市町村記入欄

<所得認定>

<階層区分>

所得税	市町村民税均等割	市町村民税所得割
円		

市町村の階層	国の階層

<確認資料等>

(同時入所対応後)

◎世帯認定

チェック

- ・住民基本台帳
- ・児童手当データ
- ・児童手当受給者台帳(公務員)
- ・その他(            )

◎所得認定

- ・課税データ
- ・その他(            )

対象児童	軽減前保育料	軽減率	軽減後保育料	軽減額
第 子		1/3・1/2		
第 子		1/3・1/2		
適用期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			