

柳津町子育て短期支援事業利用申請書

年 月 日

柳津町長

申請者住所 _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

柳津町子育て短期支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|-----------|---|-----|---------------|-----------|--|
| 児童 | 氏名（ふりがな） | 性別 | 生年月日 | 学校名・通園先等 | 課税状況※町記入 |
| | | 男・女 | 年 月 日 (歳) | | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| | | 男・女 | 年 月 日 (歳) | | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| 保護者 | 氏名（ふりがな） | 続柄 | 生年月日 | 連絡先（電話） | 課税状況※町記入 |
| | | | 年 月 日 (歳) | 勤務先 電話 | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 月 日 (歳) | 勤務先 電話 | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| その他の同一世帯員 | 氏名（ふりがな） | 続柄 | 生年月日 | 連絡先（電話） | 課税状況※町記入 |
| | | | 年 月 日 (歳) | | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 月 日 (歳) | | 被扶養者 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> |
| 利用期間 | 年 月 日 () 時から 年 月 日 () 時まで | | | | |
| 申請理由 | 1 疾病 2 育児疲れ 3 育児不安 4 出産 5 看護 6 事故 7 災害 8 失踪 9 冠婚葬祭 10 出張 11 学校等の公的行事の参加 12 その他 () | | | | |

【税情報等の提供にあたっての同意】

柳津町が子育て短期支援事業の利用料を算定に必要な課税の情報（同一世帯を含む）を総務課税務課係に請求すること、またその情報に基づき決定して利用者負担額について、実施施設へ通知することに同意します。

保護者氏名（自署）

| | | | | |
|-----|------|---|----------|--|
| 区 分 | 世帯類型 | <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 父子家庭 <input type="checkbox"/> その他の家庭 | | |
| | 生活保護 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |