

第1号様式

乳児等通園支援事業利用申込書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所
申込者 氏 名
電話番号
メールアドレス

次のとおり乳児等通園支援事業を利用したいので申し込みます。なお、申込みにあたり以下の事項に同意します。

- ・ こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧すること
- ・ 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村及び実施施設が申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を共有すること

フリガナ		生年月日	年 月 日		
児童の氏名		年 齢	歳	性別	男・女
利用開始日	年 月 日				
食物アレルギーの有無	☐ 無 ☐ 有【卵・乳・小麦・その他（ ）】				
疾病・障害の有無	☐ 無 ☐ 有（ ）				
世帯の状況	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 上記のいずれにも該当しない世帯				
緊急連絡先 (申込者以外)	氏名 住所		電話 ()		

※生活保護世帯は、生活保護受給証明書を添付してください。
※市民税非課税世帯のうち、成田市で非課税であることを確認できない場合は、
(賦課期日時点で成田市民でない場合など) 非課税証明書を添付してください。
その場合、利用日の属する年度(4月から8月までの間にあつては、前年度)分の非課税証明書が必要となります。
例) 利用日 R7.4.20 R6年度の非課税証明書(R5年中の所得が非課税)が必要
利用日 R8.1.20 R7年度の非課税証明書(R6年中の所得が非課税)が必要