

年 月 日

森町特定乳児等通園支援事業利用料助成申請書

森町長 様

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 森町が、森町特定乳児等通園支援事業利用料助成認定及び審査に必要な町税、各種使用料及び町長が定める町の歳入の情報（同居者を含む。）及び世帯情報を閲覧する場合があります。
2. 申請書等に記載した内容は、特定乳児等通園支援事業者に提供する場合があります。
3. 森町特定乳児等通園支援事業利用料助成金は、利用料助成認定を受けた保護者に代わり、特定乳児等通園支援事業者に支給される場合があります。
4. 申請内容が事実と相違した場合は、利用料助成認定を取り消す場合があります。

以上のことに同意し、森町特定乳児等通園支援事業利用料助成を希望するので、次のとおり申請します。

保護者	フリガナ				〒	—			
	氏名	印	申請 子ども との続柄		現住所				
	日中の連絡先（電話番号）*確実に連絡の取れる順に記入して下さい。						生年月日		
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）			年	月	日
子ども申請	フリガナ				〒	—			
	氏名	現住所 <small>保護者と異なる 場合のみ記載</small>							
				生年月日	年	月	日		

利用する施設及び利用する(予定を含む)サービスの種類などを記入してください。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	助成開始希望日 (事業利用開始日)
	特定乳児等通園支援事業	〒 — TEL: — —	年 月 日
	特定乳児等通園支援事業	〒 — TEL: — —	年 月 日

※ 助成期間は、利用料助成認定の日からその日以後最初の3月31日までです。助成期間後も助成を受ける必要がある場合は、再申請を行ってください。