

多子世帯利用給付認定申請書

久留米市長様

令和 年 月 日

【申請にあたって同意していただく事項】

- 1、多子世帯利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 2、申請書等に記載した内容は、多子世帯利用給付認定の支給に関する情報として必要と認められた場合に施設等に提供することがあります。
- 3、申請日に関わらず、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせする場合があります。
- 4、申請内容が事実と相違した場合は、多子世帯利用給付認定を取り消すことがあります。

以上のこととに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、届出保育施設、企業主導型保育事業の多子世帯利用給付認定を申請します。

申請者（保護者） 氏名		生年月日		電話番号①
		大昭平 ・・		父・母・自宅・その他（ ）
保護者住所	久留米市			電話番号②
				父・母・自宅・その他（ ）

フリガナ 氏名		性別	生年月日		保護者との続柄
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令	・	
希望期間		令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	

児童の家族状況（本人以外）

フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	事由 (番号)	勤務先名・学校名・施設名など (保護者が別居の場合は、別居先の住所を記入)	障害
	父 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	大昭平 令 ・・			有 無
	母 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無
		大昭平 令 ・・			有 無

事由の番号 ※16歳以上の家族について記入

- 1, 就労 2, 妊娠・出産 3, 保護者の疾病、負傷、障害 4, 同居家族の常時介護・看護 5, 災害復旧
6, 求職活動 7, 就学 8, その他