

こども誰でも通園制度(乳児等通園支援事業)利用認定申請書兼使用料減免申請書

申請日	令和 年 月 日
-----	-------------------------

柏市長 あて

※太枠内にボールペン(消えるペンは不可)で記入してください。

●利用認定申請にあたる注意・同意事項です。必ずお読みいただき、ご理解いただきましたら、□に「✓」を入れてください。			
1.こども誰でも通園制度の利用にあたり、柏市が保有する個人情報(住民基本台帳に記載された情報、課税状況、生活保護受給状況等(同一世帯者及び生計を同じにする者を含む。))を照会・閲覧することがあります。			
2.利用施設と柏市において本事業の実施に必要な範囲内で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があります。			
3.住所など、登録内容に変更が生じた場合は直ちに申し出ます。			
4.認定の対象年齢は、生後6か月から満3歳未満です。			
5.保育所(園)、認定こども園、幼稚園、企業主導型保育事業所、地域型保育事業に在籍している児童は認定の対象外です。			
6.申請児童が5.の施設への入園が決まった場合は当該施設入園許可日の前日までの認定となります。※柏市に消滅申請書を提出してください。			
7.市外に転出した時点で柏市の認定は終了となります。※柏市に消滅申請書を提出の上、転出先の自治体に連絡してください。			
8.市民税課税状況による利用料の減免は毎年申請が必要となります。柏市HPの記載を確認してください。			
9.申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消す場合があります。			
10.キャンセルポリシー(柏市HP記載)について理解しています。			
☐ 以上について確認及び同意したうえで、次のとおりこども誰でも通園制度に係る利用認定を申請します。			

申請者 (保護者代表者)	氏 名			申請児童との続柄	生年月日		
	(フリガナ)			父 ・ 母 その他()	昭和 平成	年 月 日	
	郵便番号	〒 —	住所	柏市			
	メールアドレス						
連絡先				きょうだいなど既に認定を受けている児童の有無(認定期間内の児童)	□なし □あり		
転入前自治体での利用の有無		□なし □あり		有の場合 前自治体名			
利用料減免区分 ※該当する場合のみ、□に「✓」を入れてください		□生活保護世帯 □市民税非課税世帯 □市民税所得割額世帯合計77,100円以下					

申請児童	氏 名	生年月日	年齢 (申請日時点)	性別
	(フリガナ)	令和 年 月 日		男 ・ 女
障害の有無		□なし □あり (障害者手帳・療育手帳・福祉サービス受給者証等の交付または特別児童扶養手当の支給あり)		
医療的ケアの必要性		□なし □あり (※利用希望施設によっては受け入れが困難な場合があります)		

裏面もご確認ください

以下は該当する場合のみ提出する書類

☐ 申請児童が身体障害者手帳・療育手帳・福祉サービス受給者証等の交付または特別児童扶養手当の支給がある場合

当該手帳等の写しを提出してください。特別児童扶養手当の支給がわかるものの写しを提出してください。

☐ 市民税非課税世帯または市民税所得割額世帯合計77,100円以下の方で、令和7年1月1日時点において柏市外に居住していた場合

令和7年1月1日時点の居住地
(柏市以外の場合に記入)

(自治体名)

令和7年1月1日に住民登録のあった市区町村の令和7年度分(非)課税証明書を提出してください。

市
記
入
欄

認定日
(日付を記入)

令和

年

月

日

～

令和

年

月

日

受
付
印
(柏市使用欄)