

別記様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

京丹後市長 様

(申込者)

住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

子育て短期支援事業利用申込書

京丹後市子育て短期支援事業実施要綱（令和 5 年京丹後市告示第 2 4 1 号）第 6 条の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

記

対 象 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳)															
	氏 名																				
	個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
	住 所																				
申 込 者	勤 務 先	(電話番号)																			
	緊急時の 連絡先	(電話番号)																			
利 用 事 業		☐ ショートステイ事業 ☐ トワイライトステイ事業（夜間養護） ☐ トワイライトステイ事業（休日預かり）																			
利 用 期 間		年 月 日 時から 年 月 日 時まで (日間)																			
申 込 理 由																					

(注)

- 1 申込者の個人番号を証明する個人番号カード又は個人番号が記載された住民票の写し若しくは住民票記載事項証明書を提示してください。
- 2 個人番号が記載された住民票の写し又は住民票記載事項証明書を提示される場合は、本人確認のため、運転免許証、旅券等の顔写真付きの本人確認書類 1 点を提示してください。
- 3 上記 2 の顔写真付きの本人確認書類をお持ちでない方は、「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」が記載された健康保険資格確認書、年金手帳等の 2 点を提示してください。

子育て短期支援事業に関する確認書

子育て短期支援事業の利用料の算定にあたり、下記の内容をご確認のうえ当てはまる方に○をしてください。

- ・ 市民税非課税世帯に (該当する ・ 該当しない)
- ・ 母子（父子）家庭等の一人親世帯に (該当する ・ 該当しない)
- ・ 生活保護世帯に (該当する ・ 該当しない)
- ・ 多胎児世帯に (該当する ・ 該当しない)

上の問で該当するに○をされた場合は、同一世帯の方の氏名と個人番号をすべて記入してください。また、不明な項目があった場合は、京丹後市が確認させていただきますので、同一世帯の方の氏名と個人番号をすべて記入してください。

(世帯員)

氏名	個人番号	
氏名	個人番号	
氏名	個人番号	
氏名	個人番号	
氏名	個人番号	
氏名	個人番号	

・ 税情報等の提供にあたっての署名欄

京丹後市が子育て短期支援事業の利用料の算定に必要な、市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した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