

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)

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	<input type="text"/>
氏名	個人番号	<input type="text"/>
氏名	個人番号	<input type="text"/>
氏名	個人番号	<input type="text"/>
氏名	個人番号	<input type="text"/>
氏名	個人番号	<input type="text"/>

- ・ 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 _____