

保育所保育料多子軽減適用に係る軽減対象施設利用状況申告書

令和 年 月 日

福知山市長 様

申請者

住所

氏名

印

電話番号

保育所等入所児童の保育料について多子軽減の適用を受ける為、下記のとおり同一世帯から軽減対象施設を利用している児童がいる旨を申告します。また、必要に応じて対象施設を利用していることを設置者に確認することに同意します。

1 保育所等に入所している児童

氏名	生年月日	施設名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

2 多子軽減の対象となる施設を利用している児童

氏名	生年月日	施設名称	利用期間
	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日
	年 月 日		年 月 日～ 年 月 日

※多子軽減の対象となる施設

・幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部・知的障害児通園施設・難聴幼児通園施設・肢体不自由児施設通園部・情緒障害児短期治療施設通所部・児童デイサービス（障害者自立支援法第5条第7項規定）

注意事項

※多子軽減の対象となる施設を利用している児童が年度途中で利用しなくなった場合、多子軽減の適用は解除されますので必ず御申し出ください。

※幼稚園・認定こども園については、入園していることがわかる書類を添付してください。（在園証明書等）

※特別支援学校幼稚部・知的障害児通園施設・難聴幼児通園施設・肢体不自由児施設通園部・情緒障害児短期治療施設通所部・児童デイサービスについては、都道府県・市町村において交付されている受給者証の写しを添付してください。