

様式第1号(第4条関係)

## みどり市第3子以降保育認定子ども施設利用者負担額無料化申請書

年 月 日

みどり市長 様

申請者（保護者） 住 所 みどり市  
氏 名  
電 話

次の児童について、第3子以降の保育認定子どもに係る施設利用者負担額の無料化を受けたいので申請します。

また、本申請に伴い、無料化の決定に必要な範囲において、対象児童の保護者と対象児童の世帯員に係る情報（住民基本台帳情報、市税の賦課徴収に関する状況、施設利用者負担額の賦課徴収に関する状況等）について閲覧及び調査をすることに同意します。

### ○対象児童

施 設 名	
児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日

### ○扶養している他の子供の氏名等(別世帯の子は対象外となります)

氏 名	申請者との続柄	生年月日	職業又は学校名	市記入欄

※市の確認する公簿等だけでは無料化の対象となるかを判定できない場合、追加で資料の提出をお願いすることがあります。

※申請書に不備がある場合、無料化の適用を受けられないことがあります。

**※申請は毎年度必要です。**