利用者負担額（保育料）算定に伴う世帯状況の申告について

市民税所得割課税額77,100円以下で、次の①～⑨の項目に該当する世帯において、教育・保育施設利用者負担額（保育料）が軽減される場合がありますので、記入し提出してください。軽減措置は、提出日の翌月から適用します。【提出期限：平成30年８月１７日（金）】

利用者負担額（保育料）算定に伴う世帯状況申告書

平成　　年　　月　　日

（あて先）桜川市長

申請者　住所　桜川市

氏名　　印

電話

利用者負担額（保育料）の算定に伴い、下記のとおり世帯状況を申告します。

なお、算定に当たり、住民基本台帳、課税状況その他必要な事項を閲覧することについて、同意します。

※該当するものに☑および記入してください。

□①生活保護世帯である　　□②母子・父子家庭である

□③同居家族に身体障害者手帳の交付を受けた者がいる（手帳所持者氏名：　　）

□④同居家族に療育手帳の交付を受けた者がいる（手帳所持者氏名：　　）

□⑤同居家族に精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者がいる

（手帳所持者氏名：　　）

□⑥同居家族に特別児童扶養手当の受給者がいる（受給者名：　　）

□⑦同居家族に障害基礎年金等の受給者がいる　（受給者名：　　）

□⑧特別支援学校幼稚部、児童心理治療施設通所部に入所している児童がいる

（施設名：　　児童名：　　）

□⑨児童発達支援、医療型児童発達支援を利用している児童がいる

（施設名：　　児童名：　　）

（注意事項）

・該当する項目がある場合のみ、申告書を提出してください。

・申請理由のうち、③～⑤に該当する場合は手帳の写し、②、⑥～⑦に該当する場合は証書の写し、⑧～⑨に該当する場合は在籍証明書を添付してください。

・世帯状況等に変更があった場合は、速やかに申し出てください。

【お問合せ先・提出先】桜川市　児童福祉課　保育グループ　TEL：0296-75-3156（直通）