

祖父母について

父方	祖父	<input type="checkbox"/> いる	(氏名)	歳	<input type="checkbox"/> 同居 (状況 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 無職)
		<input type="checkbox"/> いない			<input type="checkbox"/> 別居(住所 : _____)
	祖母	<input type="checkbox"/> いる	(氏名)	歳	<input type="checkbox"/> 同居 (状況 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 無職)
		<input type="checkbox"/> いない			<input type="checkbox"/> 別居(住所 : _____)
母方	祖父	<input type="checkbox"/> いる	(氏名)	歳	<input type="checkbox"/> 同居 (状況 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 無職)
		<input type="checkbox"/> いない			<input type="checkbox"/> 別居(住所 : _____)
	祖母	<input type="checkbox"/> いる	(氏名)	歳	<input type="checkbox"/> 同居 (状況 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 無職)
		<input type="checkbox"/> いない			<input type="checkbox"/> 別居(住所 : _____)

母について、現在妊娠中である ※該当する方に○をつけて下さい。

1. はい (分娩予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) 2. いいえ

利用調整、支給認定及び利用者負担額等に関する確認書・利用者負担額納付誓約書

次の事項をお読みいただき、□にチェックの上、署名してください。

利用調整、支給認定及び利用者負担額等に関する上記9点全ての事項を	1.必要書類は所定の期日までに必ず提出してください。提出がない場合や、期日を過ぎてから提出された場合は、利用調整(選考)等に反映されないことがあります。 2.提出書類の内容に虚偽があった場合や、必要な証明書等の提出がない場合は、決定を取り消すことがあります。 3.支給認定の内容に変更があった場合は、速やかに子ども保育課までご連絡ください。 4.保育の必要性の確認のため、勤務先に電話や訪問等を行い、調査させていただく場合があります。 5.利用決定された場合は、入所日よりならし保育がありますので、送迎の調整をお願いします。
□確認しました	6.保育時間および土曜日の利用については、利用決定後に保育施設等との調整となりますので、申込時の希望に沿えない場合があります。 7.保育の必要性が無くなり、入園を辞退する場合や、申込を取り下げる場合は、速やかに子ども保育課までご連絡ください。 8.利用者負担額等の決定のため、世帯の状況として、児童扶養手当や生活保護の受給の有無について、市が調査することがあります。 9.保育施設等の利用調整(選考)するため、必要な市民税の課税状況(同一世帯者を含む)について調査させていただく場合があります。
利用者負担額の納付について □誓約します	保育施設等の利用者負担額を納期までに納入することを誓約します。この誓約に違反したときは、地方税法の滞納処分の例により差し押さえ等の処分を受けても異議ありません。 また、領収書は必ず5年間保管いたします。領収書の控え無しに、支払った等の申し出はいたしません。

羽曳野市長 様

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

※市担当者記入欄(受付調査時における特記事項)	受付者	
_____ _____ _____		