

「多子軽減」該当申請書兼同意書

年 月 日

日田市福祉事務所長 様

住 所:日田市

保護者氏名:

㊞

多子軽減の対象に該当しますので、下記のとおり申請します。
また、市が多子軽減の対象施設(※)に対し、児童の在籍・利用状況を確認することに同意します。

記

(1) 日田市内の幼稚園、保育園、認定こども園、小規模保育事業等を利用している(利用を希望している)児童

・(希望)施設名 (園)

・対象児童 氏 名 ()
生年月日 (年 月 日)

氏 名 ()
生年月日 (年 月 日)

(2) 多子軽減の対象施設に在籍・利用している児童の状況

児童名	生年月日	施設名等	入園年月日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

※ 対象施設:特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期治療施設通所部、児童発達支援及び医療型児童発達支援等

※ 添付書類:在園証明書・利用証明書