

長久手市認可外保育施設通所助成金交付（変更）申請書

整理番号

令和 年 月 日

長久手市長 殿

（〒 ー ）

保護者住所 長久手市

氏名

電話

令和

私は、7 年度の長久手市認可外保育施設通所助成金の交付（変更）を申請します。

通所児童	氏 名	生年月日(和暦)	性別	備 考
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	
通所期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
通所を必要とする理由				
認可外保育施設名	所在地		電話	
	名 称		() ー	

通所児童の家庭の状況 ※世帯全員分記載ください。

区分	(ふりがな) 氏 名	通所児童との続柄	生年月日(和暦)	職業	勤 務 先
通所児童の世帯員	(自署又は印※) 印	父	・ ・		所在地 名称 電話
	(自署又は印※) 印	母	・ ・		所在地 名称 電話
			・ ・		所在地 名称 電話
			・ ・		所在地 名称 電話
			・ ・		所在地 名称 電話

※ ・保護者の市民税が長久手市において確認できない場合は、課税証明書を添付すること。

・保護者欄の御本人様の自署又は押印をもって課税情報の調査に同意したとみなします。