

別記様式（第4関係）

年 月 日

調布市長 宛

住 所

氏 名

㊟

連絡先 () -

調布市子どものための教育・保育給付に係る利用者負担額多子軽減等
届出書

年度幼児教育の段階的無償化に向けた取組における特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業利用者負担額の多子軽減等適用について、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ 支給認定子ども氏名	生年月日	利用施設等名
	年 月 日生 (歳児クラス)	
	年 月 日生 (歳児クラス)	

1 特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業を利用する児童以外に保護者と生計を一にしている家族がいる場合は記入してください。

フリガナ 対象者氏名	生年月日	対象児童との続柄	在籍学校名・施設名等
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		

※ 別居の場合は、その家族と保護者の関係が分かる書類（本籍・筆頭者が記載されているもの）を添付してください。

※ 世帯状況等に応じ必要書類以外に書類を提出していただく場合があります。

裏面もあります。

2 同一世帯内に、次の各項目に該当する家族がいる場合は記入してください。また、該当する必要書類を添付してください。

受給者氏名等		該当する項目	必要書類
フリガナ 氏名	続柄	母子及び父子並びに寡婦福祉法に定める配偶者のない者で現に児童を扶養しているもの(支給認定保護者と同一の世帯に属する者である場合を除く。)	当年度の児童扶養手当受給資格者証の写し又は戸籍謄本
年 月 日生			
フリガナ 氏名	続柄	身体障害者福祉法第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者(在宅の者に限る。)	身体障害者手帳の写し
年 月 日生			
フリガナ 氏名	続柄	療育手帳制度要綱の規定に定める療育手帳の交付を受けた者(在宅の者に限る。)	療育手帳の写し
年 月 日生			
フリガナ 氏名	続柄	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者(在宅の者に限る。)	精神障害者保健福祉手帳の写し
年 月 日生			
フリガナ 氏名	続柄	特別児童扶養手当等の支給に関する法律に定める特別児童扶養手当の支給対象児童(在宅の者に限る。)	当年度の特別児童扶養手当証書の写し
年 月 日生			
フリガナ 氏名	続柄	国民年金法に定める国民年金の障害基礎年金の受給者その他適当な者(在宅の者に限る。)	年金証書の写し又は年金振込通知書の写し
年 月 日生			

- ※ 届出いただいた内容について、市の保有する公簿等で確認をする場合があります。
- ※ 世帯状況等に応じ必要書類以外に書類を提出していただく場合があります。
- ※ 必要書類については、手帳等の名称と対象者の氏名等(精神障害者手帳の場合、有効期限の記載)が分かる部分をコピーしてください。

~~~~~

差額は、下記口座に振り込んでください。

注意：**既に保育料の引き落とし口座を届けている方は記入しないでください。**  
**保育料を納付している方が口座名義人の口座に限ります。**

|              |                  |      |  |  |     |  |  |    |
|--------------|------------------|------|--|--|-----|--|--|----|
| 振込先金融<br>機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 支店番号 |  |  | 支店名 |  |  |    |
|              |                  |      |  |  |     |  |  | 支店 |
| 口座種別         | 普通 ・ 当座          | 口座番号 |  |  |     |  |  |    |
| フリガナ         |                  |      |  |  |     |  |  |    |
| 口座名義人        |                  |      |  |  |     |  |  |    |