

三田市長 あて

令和 年 月 日

なお、三田市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準を定める条例（平成26年三田市条例第31号）第13条第4項第3号の規定に基づく副食費免除判定のため、三田市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料等、個人に属する情報の閲覧及び利用施設への情報提供に同意します。

保護者氏名

申請に係る 子ども	(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	備 考
		令和 年 月 日生	男・女	
				ひとり親家庭
				該当 ・ 非該当

生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り (年 月 日保護開始)
------------	---------------------------------

保護者 住所 連絡先	現住所：〒				
	三田市				
	電話番号：自宅電話	()	—	父携帯 ()	—
			母携帯 ()	—	
令和8年1月1日現在の住所 ☐ 三田市内・ ☐ 三田市外					

前住所 又は 転居予定 先	(※令和8年1月2日以降に三田市に転入された方、または今後転居する予定のある方は記入してください) 〒 (年 月転居)
------------------------	---

☐児童手当（こども政策課） ・ ☐乳幼児医療証（国保医療課） ・ ☐その他（ ）

認定を希望する期間	令和9年4月1日から小学校入学前まで
-----------	--------------------

利用が内定している施設名	
--------------	--

以下の欄には、認定の対象となる子どもの世帯の全員について記入してください。
※父又は母が単身赴任している場合は備考欄に「単身赴任」と記載してください。

[illegible]

事務局処理欄（以下には記入しないでください。）

受領日		不備の有無	無・有（ ）			
認定入力日		副食費免除 判定	保育料期間	所得割課税額	階層・多子関係	判定結果
認定番号			4月～8月		A・B・C・D1・D2・D3 ・第3子	負担有・免除
決定入力日			9月～3月		A・B・C・D1・D2・D3 ・第3子	負担有・免除
備考						