

年 月 日

施設長 様

保護者	フリガナ 氏名	
	住所	川崎市 区
	連絡先	

川崎市乳児等通園支援事業利用登録申請書

川崎市乳児等通園支援事業の利用について、次のとおり利用登録申請をいたします。

利用児童	フリガナ 氏名	年 齢	保護者から みた続柄	生年月日				
		歳		年 月 日生				
希望する保育	☐ 定期利用（定期的に同じ曜日に利用します。） ☐ 柔軟利用（不定期的に利用します。） ☐ 定期利用と柔軟利用の複合							
障害の有無	☐ 無 ☐ 有（手帳の種類： 級： ）							
減免の有無	☐ 無 ☐ 有 <table><tr><td>☐ 生活保護世帯</td><td>☐ 住民税非課税世帯</td></tr><tr><td>☐ 年収 360 万円未満相当世帯</td><td>☐ その他（ ）</td></tr></table> ※令和 7 年 4 ～ 6 月は令和 6 年度（令和 5 年中）の所得、令和 7 年 7 月～令和 8 年 3 月は令和 7 年度（令和 6 年中）の所得で判定します。				☐ 生活保護世帯	☐ 住民税非課税世帯	☐ 年収 360 万円未満相当世帯	☐ その他（ ）
☐ 生活保護世帯	☐ 住民税非課税世帯							
☐ 年収 360 万円未満相当世帯	☐ その他（ ）							
☐ 本事業を利用しようとする児童は、認可保育所等に在籍していないことを誓約します。 ☐ 本申請書の記載内容が真実であることを誓約するとともに、申請内容の確認にあたり、世帯の住民基本台帳の記録や、所得状況及び課税状況を川崎市が確認することに同意します。 ☐ 本事業において、児童 1 人につき月 10 時間を超えて利用することができないことを理解しました。 ☐ 複数施設を利用する場合、利用の都度、利用施設に対して当該月の既利用時間数（又は利用可能残時間数）を申し出ることを理解しました。								