|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | (　　　年　　月　　日生) | 在籍施設名 | 在籍中 申込中 |
| 児童氏名 | (　　　年　　月　　日生) | 在籍施設名 | 在籍中 申込中 |
| 児童氏名 | (　　　年　　月　　日生) | 在籍施設名 | 在籍中 申込中 |

年　　　月　　　日

（宛先）伊勢市長

同　意　書

　施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定、及び利用者負担額算定に必要であるときは、教育・保育給付認定児童の属する世帯（保護者［父母］のほか、住民登録が別世帯でも同居している方を含む）について、下記項目を伊勢市が調査・確認すること。また、それに基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

記

* 住民税賦課状況
* 生活保護受給状況
* 身体障害者手帳の交付の有無
* 療育手帳の交付の有無
* 精神障害者保健福祉手帳の交付の有無
* 特別児童扶養手当の支給対象児、国民年金の障害基礎年金等の受給者の有無
* 児童手当、児童扶養手当の受給状況
* 住所地

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄 | 住所・氏名 |
| 父 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 2024年1月1日時点の住所　□伊勢市内　□伊勢市外（　　　　　　　　　　　市・町・村）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 2025年1月1日時点の住所　□伊勢市内　□伊勢市外（　　　　　　　　　　　市・町・村）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 母 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 2024年1月1日時点の住所　□伊勢市内　□伊勢市外（　　　　　　　　　　　市・町・村）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 2025年1月1日時点の住所　□伊勢市内　□伊勢市外（　　　　　　　　　　　市・町・村）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 祖父(同居) | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 祖母(同居) | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

* 所得状況等の確認に必要なため、2024年1月1日及び2025年1月1日の住所が現住所と異なる場合は必ずご記入ください。