

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 <input type="checkbox"/> 伊勢市内 <input type="checkbox"/> 伊勢市外（ 市・町・村）	2025年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 伊勢市内 <input type="checkbox"/> 伊勢市外（ 市・町・村）
母	住所.....	
	氏名	印
	2024年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 伊勢市内 <input type="checkbox"/> 伊勢市外（ 市・町・村）	2025年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 伊勢市内 <input type="checkbox"/> 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。