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	
	2026 年 1 月 1 日時点の住所　☐伊勢市内 ☐伊勢市外（　　市・町・村）	2027 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	
	2026 年 1 月 1 日時点の住所　☐伊勢市内 ☐伊勢市外（　　市・町・村）	2027 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、2026 年 1 月 1 日及び 2027 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。