

児童氏名	( 年 月 日生)	在籍 施設名	
児童氏名	( 年 月 日生)	在籍 施設名	
児童氏名	( 年 月 日生)	在籍 施設名	

年 月 日

(宛先) 伊勢市長

## 同意書

利用者負担額算定に必要であるときは、支給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
- ・ 住所地

続柄	住所・氏名	
父	住所.....	
	氏名	印
	2018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）	2019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
	2018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）	2019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	住所..... 氏名 印	
祖母	住所..... 氏名 印	

※ 所得状況等の確認に必要なため、2018年1月1日及び2019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。