

# 多子世帯利用給付認定申請書

北九州市長 様

令和 年 月 日

### 【申請にあたって同意していただく事項】

- 1、多子世帯利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 2、申請書等に記載した内容は、多子世帯利用給付認定の支給に関する情報として必要と認められた場合に施設等に提供することがあります。
- 3、申請日に関わらず、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせする場合があります。
- 4、申請内容が事実と相違した場合は、多子世帯利用給付認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、預かり保育事業、認可外保育施設、一時預かり事業、子育て援助活動支援事業の多子世帯利用給付認定を申請します。

申請者（保護者） 氏名	生年月日 大 昭 平 ・		電話番号① 父・母・自宅・その他（ ）
			電話番号② 父・母・自宅・その他（ ）
保護者住所	郵便番号	北九州市 区	

下記のことを代理人と定め、この申請書の提出に関することを委任します。

※保護者以外のもがこの申請書を提出する場合は必ず記入してください。

代理人 氏名	生年月日 大 昭 平 ・	
	代理人住所	

フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	保護者との続柄
児童氏名		平 令 ・	
希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 ・ 満3歳になった次の3月まで		

### 児童の家族状況（本人以外）

フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	事由 (番号)	勤務先名・学校名・施設名など (保護者が別居の場合は、別居先の住所を記入)	障害
	父 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
	母 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
		大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
		大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
		大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
		大 昭 平 令 ・			有 ・ 無
		大 昭 平 令 ・			有 ・ 無

事由の番号 ※16歳以上の家族について記入  
 1,就労 2,妊娠・出産 3,保護者の疾病、負傷、障害 4,同居家族の常時介護・看護 5,災害復旧  
 6,求職活動 7,就学 8,その他

※裏面もご記入ください

利用施設について

幼稚園、認定こども園で預かり保育事業を利用の場合

施設名	所在地	利用開始予定日
		令和 年 月 日

認可外保育施設、一時預かり事業、子育て援助支援事業を利用の場合

施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時預かり ・ 子育て援助活動		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり ・ 子育て援助活動		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり ・ 子育て援助活動		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり ・ 子育て援助活動		令和 年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり ・ 子育て援助活動		令和 年 月 日