



第3子以降利用者負担等無料化申請書

令和 年 月 日

沼田市長様

保護者 住所: _____

氏名: _____

電話番号: _____

次のとおり第3子以降利用者負担等無料化について申請します。
 なお、第3子以降利用者負担無料化の適用及び副食費の免除判定にあたり、市が要件確認を行うため、必要な範囲で申請者及び対象となる子の住民基本台帳及び課税状況に関する情報を照会することについて同意します。
 また、申請内容に虚偽があった場合、第3子以降利用者負担無料化の適用及び副食費の免除判定を取り消し、それによって生じた減額分の全額を返還することに同意します。

◎対象児童

利用施設			
児童名	生年月日	平成	年 月 日 (歳)
利用施設	<input type="checkbox"/> 上記施設と同じ		
児童名	生年月日	平成	年 月 日 (歳)

◎対象児童以外の扶養している子ども

氏名	生年月日	年齢	学校名・園名・勤務先等 (令和7年4月1日現在の状況)

【注意事項】

- ・利用者負担（保育料）及び副食費に滞納がある世帯は該当になりません。
- ・15歳以上のお子さんを扶養している場合、学校名・勤務先等を必ずご記入ください。