

第3号様式

申請区分：\_\_\_\_\_

京都市スマイルママ・ホッと事業利用（変更・中止）申請書兼利用（変更・中止）承認決定通知書  
 （宛先）京都市長 年 月 日

私は、下記のとおり京都市スマイルママ・ホッと事業の利用を申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名		生年月日	
	住所	〒		
	連絡先	電話	メールアドレス	
緊急連絡先	氏名	続柄		電話
対象児	(フリガナ) 氏名		生年月日	
	多胎児の場合は、以下も記入する。			
	(フリガナ) 氏名（2人目）		(フリガナ) 氏名（3人目）	
世帯構成	氏名	続柄	年齢	/
サービス種別	産後ショートステイ ・ 産後デイケア			
利用施設				
利用開始日				
産後ショートステイ (利用日時)		産後デイケア (利用日時)		
離乳食の状況	開始している		開始していない	
食事への配慮	母 アレルギーあり	子 アレルギーあり	その他の配慮	
その他気になること				
同意欄	①課税状況の確認		③個人情報の提供	
	②課税未確定の利用料 (A階層での利用)		④減免の優先適用	
生活保護	受給している		受給していない	

※ 生活保護世帯・市民税非課税世帯の方は、利用料の全額を減免します。

他都市での利用実績（課税世帯のみ）	あり ・ なし	自治体名
	減免利用回数： 回	

(以下、京都市使用欄)

上記申請について、以下のとおり決定します。

決定日

階層区分		確定の有無	
利用回数	ショートステイ 回	デイケア	回
減免適用回数	ショートステイ 回	デイケア	回
減免合計額	円	利用料の総額	円
		本人支払額	円