

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
	減免利用日数： 日	

（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		
利用日数	ショートステイ	日	デイケア	日	
減免適用日数	ショートステイ	日	デイケア	日	
減免合計額	円	利用料の総額	円	本人支払額	円