

(利用施設名)

(児童氏名)

幼稚園等在園（予定）証明願

平成 年 月 日

(施設名)

_____ 殿

申請者 住所 阿見町

氏名 印

[児童名 _____]
平成 年 月 日生
第 子

利用者負担（保育料）の多子軽減の適用に必要なので、私が養育する児童が、幼稚園等に在園（予定）していることを証明お願いします。

幼稚園等在園（予定）証明書

平成 年 月 日

証明者 施設の所在地

施設の名称

園長又は代表者 印

次のとおり、在園（予定）していることを証明します。

児童名	
入園（予定）年月日	平成 年 月 日

*すでに「在園」「入園」している場合は、（予定）の文字を＝線で消して下さい。

(お問合せ先) 阿見町役場 子ども家庭課
TEL029-888-1111 (708・116)

保育施設の利用者負担(保育料)の多子軽減について(お知らせ)

1. 内 容

同一世帯から保育施設の他に幼稚園(※)等を利用している児童も算定対象人数に含め、2人目以降の保育施設の利用者負担(保育料)が軽減されます。その場合の利用者負担(保育料)は2人目が2分の1、3人目以降は無料になります。

(※)認定こども園の教育部分(幼稚園部分)利用者は利用状況を町で把握しているため、ご提出いただく必要はありません。阿見町では、ふたば幼稚園・阿見みどり幼稚園・阿見認定こども園が認定こども園です。

2. お 願 い

多子軽減に該当する利用者負担(保育料)の決定を適正に行いたいと考えておりますので、上記に該当する保護者は裏面「幼稚園等在園(予定)証明書」の提出をお願いいたします。

3. 代表的な例

〔利用施設〕

- ・ 1人目 — 幼稚園
- ・ 2人目 — 保育施設
(2人目として利用者負担(保育料)1/2)
- ・ 3人目 — 保育施設
(3人目として利用者負担(保育料)無料)