

荒川区協力家庭ショートステイ事業基本負担額特例認定申請書

年 月 日

荒川区長 殿

申請者 住 所

〒 _____

荒川区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号

氏 名 _____ 印 _____

電 話 _____

荒川区協力家庭ショートステイ事業の基本負担額の特例認定を申請します。

該当する区分の番号に○を記入してください。

区 分		金 額
1	生活保護法による被保護世帯及び被保護世帯に準ずる世帯と区長が認める世帯	1日当たり 0円
2	区市町村民税の非課税世帯	1日当たり 1,500円

同 意 書

私は、荒川区協力家庭ショートステイ事業の利用の申請に当たり、必要な範囲内において、区の職員が私の税情報等を公簿により確認することに同意します。

また、区が知り得た私の情報を、荒川区協力家庭ショートステイ事業を実施する協力家庭に提供することに同意します。

氏 名 _____

※添付書類

荒川区税情報等により確認できないときは、非課税世帯の場合は非課税証明書、被保護世帯の場合は保護証明書を添付すること