

天王寺区子育てスタート応援券 交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 天王寺区長

下記の項目に同意した上で、天王寺区子育てスタート応援券の交付を申請します。

- (1) 交付された応援券を、交換・譲渡・売買したり、不正な行為で使用しないこと。
- (2) 交付申請の内容を偽った場合や、上記のような不正使用があった場合は、交付を受けた応援券を返還し、応援券を利用した金額を返還すること。
- (3) 本申請書で申請した事項に変更が生じたときは、速やかに区長(受託事業者)に申し出ること。
- (4) 任意予防接種での応援券の利用に関する資格の認定等に関して、関係公簿等により天王寺区が調査すること。
- (5) 天王寺区から委託を受けた受託事業者が、申請に関わる個人情報やサービス登録事業者が保有する利用状況等の個人情報を取り扱うこと。
- (6) サービス登録事業者が提供するサービスの内容、安全性、その他品質を天王寺区が保証するものではなく、万一、サービスの利用等において事故等により申請者、対象児童その他の関係者に損害が発生した場合でも天王寺区及び天王寺区から委託を受けた受託事業者が一切の責任を負わないこと。

| | | | | | |
|---------------|--|------------------|--|----|---------------------------|
| 申請者(保護者) | フリガナ | | | | |
| | 住所 | 〒543- 大阪市天王寺区 | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | | 携帯 | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 昭和・平成・西暦 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| サービス利用者から見た続柄 | 1 父 2 母 3 その他 () | | | | |

| | | | | |
|---------------|------|--|--|---------------------------|
| サービス利用者(対象児童) | フリガナ | | | 生年月日 平成・令和・西暦 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |

※ 上記太枠内の申請事項に変更がある場合、天王寺区子育て応援券交付申請内容異動届(第4号様式)により変更手続きが必要です。

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援券交付決定通知書

先に申請のありました天王寺区子育てスタート応援券の交付申請について、下記のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

- 1 申請者氏名 _____
- 2 サービス利用者氏名 _____
- 3 認定日 令和 年 月 日
- 4 子育てスタート応援券利用期限 令和6年12月31日まで

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援券不交付決定通知書

先に申請のありました天王寺区子育てスタート応援券の交付申請について、下記のとおり交付しないことを決定しましたので通知します。

記

- 1 申請者氏名 _____
- 2 サービス利用者氏名 _____
- 3 不交付決定の理由 _____

天王寺区子育てスタート応援券交付申請内容異動届

令和 年 月 日

(あて先) 天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援券の交付申請内容に異動がありましたので届け出ます。(変更後の情報でお書きください)

| | | | | |
|---|------|--|--|---------------------------|
| 申請者 (保護者) | フリガナ | | | |
| | 住所 | 〒543- 大阪市天王寺区 | | |
| | 電話番号 | 自宅 | | 携帯 |
| | フリガナ | | | 生年月日 昭和・平成・西暦 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| サービス利用者から見た続柄 <small>(サービス利用者:事業の対象となる乳幼児)</small> | | 1 父 2 母 3 その他 () | | |

| | | | | |
|---------------------|------|--|------|-------------------|
| サービス 対象児童 利用者 | フリガナ | | 生年月日 | 平成・令和・西暦 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |

変更があった事項のみ記入してください。

| 変更事項 | | 変更前 | 変更後 |
|------|---------------------|-------------------------|--|
| ① | フリガナ | | |
| | サービス利用者の氏名 | | |
| ② | 申請者の住所 | 〒543- 大阪市天王寺区 | 〒543- 大阪市天王寺区 |
| ③ | フリガナ | | |
| | 申請者の氏名 | | |
| ④ | 申請者の生年月日 | 昭和・平成・西暦 年 月 日 | 昭和・平成・西暦 年 月 日 |
| ⑤ | 申請者とサービス 利用者との続柄 | | |
| ⑥ | 申請者の 電話番号 | 自宅 | |
| | | 携帯 | |
| ⑦ | その他 | | |
| ⑧ | サービス利用者の 要件喪失 | | <input type="checkbox"/> 区外転出 <input type="checkbox"/> その他() |

上記の変更があった日を記入してください。

| | |
|-------|----------|
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援券交付決定取消・変更通知書

令和 年 月 日付け大天保福第 号にて交付決定した天王寺区子育てスタート
応援券について、次のとおり取消し・変更しましたので通知します。

記

1 取消し・変更の内容 _____

2 取消し・変更の理由 _____

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者申請書

令和 年 月 日

(あて先) 天王寺区長

申請者 住所(法人・任意団体の場合は主たる事務所の所在地)
〒 ー

事業者名(法人・任意団体・その名称)

代表者職名・氏名

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者として登録したいので、詳しいサービス内容やこれまでの実績などの関係書類を添えて申請します。天王寺区子育て応援スタート事業実施要綱に定める全ての項目に同意しこれを遵守することを誓約します。また、これに違反した場合、登録事業者の取消等のいかなる処分を受けても異議申し立てしません。

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| フリガナ | | | |
| 事業者名 | | | |
| 事業者所在地 | 〒 ー 大阪市 区 | | |
| 申請者の区分 | <input type="checkbox"/> 法人 | <input type="checkbox"/> 任意団体 | <input type="checkbox"/> 個人 |
| 提供するサービス 上段:1~3より選択 下段:選択または記入 | <input type="checkbox"/> 1 子どもの体験・教育の機会を提供するサービス(親子参加型講座) | <input type="checkbox"/> 2 子どもを預かるサービス | <input type="checkbox"/> 3 養育者を支援するサービス |
| | <input type="checkbox"/> 学習(英語等) <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> 図工 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育 <input type="checkbox"/> 自宅での託児サービス <input type="checkbox"/> イベントでの託児サービス <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 産後支援 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 親子子育て講座 <input type="checkbox"/> その他() |
| 利用者からの問合せ先 | 電話 | ー ー | FAX ー ー |
| 担当者情報 (受託事業者からの問合せ先) | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 電話 | ー ー | FAX ー ー |
| | <input type="checkbox"/> E-mailでの連絡を希望しない(※希望しない場合は記入不要) | | |
| 文書等送付先 | 住所 | 受託事業者から登録事業者へ送付する案内等の送付先を記入してください。 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 事業者所在地と同じ (※どちらかと同じ場合は記入不要) | |
| | | 〒 ー | |
| | 宛名 | | |

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者受理決定通知書

令和 年 月 日付けをもって申請のありました天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者申請について、下記のとおり受理することを決定しましたので通知します。

記

- 1 事業者コード _____
- 2 事業者名 _____
- 3 代表者名
(法人・任意団体の場合) _____
- 4 提供サービス名 _____
- 5 事業者所在地 _____
- 6 天王寺区子育てスタート応援券取扱開始月 _____

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者不受理決定通知書

令和 年 月 日付けをもって申請のありました天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者申請について、下記のとおり不受理とすることを決定しましたので通知します。

記

- 1 事業者名
- 2 代表者名
(法人・任意団体の場合)
- 3 提供サービス名
- 4 事業者所在地
- 5 不受理の理由

様

天王寺区長

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者取消通知書

令和 年 月 日付け大天保福第 号により決定した天王寺区子育てスタート応援事業サービス事業者登録を、下記のとおり取消しましたので通知します。

記

- 1 事業者コード _____
- 2 事業者名 _____
- 3 代表者名
(法人・任意団体の場合) _____
- 4 提供サービス名 _____
- 5 事業者所在地 _____
- 6 取消年月日 令和 年 月 日
- 7 取消の理由 _____

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者申請内容変更届

令和 年 月 日

(あて先) 天王寺区長

申請者 住所(法人・任意団体の場合は主たる事務所の所在地)
〒 -

事業者コード 事業者名(法人・任意団体・その名称)

代表者職名・氏名

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録事業者として登録した内容に異動がありましたので届け出ます。
(変更があった事項のみ記入してください。)

| 変更事項 | | 変更前 | | | 変更後 | | | |
|------|----------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| ① | 申請者の住所 | 〒 - | | | 〒 - | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| ② | 事業者名 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| ③ | 代表者職名・氏名 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | |
| ④ | 申請者の区分 | <input type="checkbox"/> 法人 | <input type="checkbox"/> 任意団体 | <input type="checkbox"/> 個人 | <input type="checkbox"/> 法人 | <input type="checkbox"/> 任意団体 | <input type="checkbox"/> 個人 | |
| ⑤ | 問合せ先 | 電話 | | | | | | |
| | | FAX | | | | | | |
| ⑥ | その他 | | | | | | | |

上記の変更があった日を記入してください。

| | |
|-------|----------|
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

※サービス内容の変更については、利用者ガイドブック・ホームページ用サービス情報シートを提出してください。

サービス登録の抹消や、事業者登録の抹消は、天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録抹消届(第10号様式)を提出してください。

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録抹消届

令和 年 月 日

(あて先) 天王寺区長

申請者 住所(法人・任意団体の場合は主たる事務所の所在地)
〒 ー

事業者コード 事業者名(法人・任意団体・その名称)

代表者職名・氏名

天王寺区子育てスタート応援事業サービス登録を抹消していただきたく、下記のとおり届け出ます。

記

1 事業者コード _____

2 事業者名 _____

3 事業者所在地 _____

4 抹消年月日 令和 年 月 日

5 抹消の理由 _____

令和 年 月 日

天王寺区子育てスタート応援事業予防接種費用償還申請書

(あて先) 天王寺区長

次の事項に同意のうえ、天王寺区子育てスタート応援事業予防接種費用の償還を申請します。

- ① 予防接種費用の償還申請に係る審査のため、申請者の所得状況について、関係公簿で確認すること。
- ② 公簿で確認できない場合には、所得状況が確認できる関係書類の提出に応じること。
- ③ 必要な場合、接種内容等に関して医療機関へ照会すること。

申請者 (主たる生計者)

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| 住所 | 〒 ー 大阪市天王寺区 | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 電話番号 | () ー | お昼間連絡のつく電話番号をご記入ください | |
| 令和 年 1 月 1 日 現在の住所 | <input type="checkbox"/> | 〒 ー | |
| | 同上 | | |

予防接種を受けた方

| | | | | | |
|---------|----------------------------------|---|---------------------------------|----|---------|
| フリガナ | | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 平成・令和・西暦 | 年 | 月 | 日 | 申請者との続柄 |
| 受けた予防接種 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | | |
| 接種日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | |

償還金額等

| | |
|------|---------------|
| 償還金額 | 500 円 × 枚 = 円 |
|------|---------------|

上記予防接種費用の償還については、次の私名義の預金口座に口座振替されるよう依頼します。

| | | | |
|---------|--------------------|--------|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 支店名 | 本店 支店 出張所 |
| 金融機関コード | | 店舗コード | |
| 種目 | 1 普通預金 | 2 当座預金 | 口座番号 |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

(必要書類)

- 母子健康手帳 (接種日、接種ワクチン (インフルエンザ、おたふくかぜ)、接種医療機関がわかる書類)
- 医療機関の領収書 予防接種 (インフルエンザ、おたふくかぜ) の明細が分かるもの
- 予防接種を受けた方 (償還を受けようとする金額分) の子育て応援券
- 申請者 (主たる生計者) の金融機関の通帳またはキャッシュカード