

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

平成 ○年 △月 □日

(宛先) 吉川市長

保護者氏名 吉川 一郎

吉川

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る 児童	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	性 別	個人番号	障害者 手帳
	ヨシカワ ハナコ 吉川 花子	H〇〇年〇月〇日生	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	123456789004	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
住所	吉川市 吉川2-1-1				
平成○年1月1日 現在の住所	〇〇市××1-2-3 <small>※上記住所と異なる場合に記入してください。 1月1日現在において吉川市に住所のない方は、当該住所地の平成 年度の課税証明書を添付してください。</small>				
電話番号	自宅	982-5111			
	携帯(父)	〇〇〇-〇〇〇〇			
認定者番号					
保育の希望の 有無(※1)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由がある場合(幼稚園等と併願の場合を含む) <input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 <small>※有・無のいずれかに ☑をつけてください。</small>				

・4～8月入所の保育所等(幼稚園等)の利用を希望し、前年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合は、記入してください。

・9～3月入所の保育所等(幼稚園等)の利用を希望し、当該年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合は、記入してください。

・添付が必要な証明書については、「保育施設利用のご案内」をご確認ください。

(※1)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模内保育をいいます。(以下同じ)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
- ・「有」を選択した場合は①から③を、「無」を選択した場合は①及び②を記入してください。

①世帯の状況(申請児童を除く、父母及びすべての同居のご家族を記入してください。)

フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生 年 月 日	性 別	職業又は 学校名等	年度 市町村民税	障害者 手帳
		個人番号				
ヨシカワ イチロウ 吉川 一郎	父	S〇〇年〇月〇日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	会社員	有・無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
		123456789001				
ヨシカワ ヨシコ 吉川 吉子	母	S〇〇年〇月〇日生	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	パート	有・無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
		123456789002				
ヨシカワ タロウ 吉川 太郎	兄	H〇〇年〇月〇日生	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	〇〇保育所	有・無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
		123456789003				
ヨシカワ トキ 吉川 とき	祖母	S〇〇年〇月〇日生	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	無職	有・無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
		123456789005				
		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始) <input checked="" type="checkbox"/> 適用無し					
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当有り <input checked="" type="checkbox"/> 該当無し					

②税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧又は収集すること及びその情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 吉川 一郎

吉川

