

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書(兼特定教育・保育施設等利用申込書)

(あて先)河南町長 様

記入例

申請者(保護者) R 3 年 月 日

- 次のとおり施設型給付費等に係る支給認定等について申請します。
- 施設型給付費等の支給認定に必要な税情報及び世帯情報を閲覧すること、また、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。
- 認定について、認定事務が集中した際等、特別な理由がある場合、審査に時間を要することがあることに同意します。

現住所	河南町大字白木1359-6
氏名	河南 さくら <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">押印は不要です</span>
連絡先	(父) 000 - 1234 - 0000 (母) 000 - 0000 - 1234

申請対象の児童	(フリガナ) カナン ジロウ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span> 河南 二郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	生年月日 -年齢	R 元 年 5 月 20 日 R3. 4/1現在 ( 1 歳)	個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> なし 1号認定 (幼稚園部門 : 認定こども園・幼稚園での教育を希望する) <input checked="" type="checkbox"/> あり 2・3号認定 (保育園部門 : 認定こども園・保育所等での保育を希望する)				1号・2号の併願を希望する⇒ <input type="checkbox"/>
利用希望期間	R4 年 4 月 1 日 から <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">小学校就学前</span>				
利用を希望する園名	第1希望	◎◎◎◎◎園 (希望理由) 河南町外の園を希望される場合は、市町村名もご記入ください。			
	第2希望	△△△△△園 (太子町) (希望理由) 継続通園を希望するため			
	第3希望	◇◇◇◇◇園 (希望理由) 通勤経路にあるため			

【世帯の状況】 申請対象の児童を除く ※単身赴任等により別居している父母や生計を共にするきょうだい、また、同じ住所に住んでいる人全員(世帯を分離している方も含む)を記入してください。

別居の場合	対象児童との続柄	氏名	生年月日	職業(会社名)・通学・通園先	個人番号(マイナンバー)
<input checked="" type="checkbox"/>	父	(フリガナ) カナン タロウ 河南 太郎	S59 年 1 月 13 日	会社員	
<input type="checkbox"/>	母	(フリガナ) カナン さくら 河南 さくら	S60 年 6 月 26 日	会社員	
<input type="checkbox"/>	兄	(フリガナ) カナン イチロウ 河南 一郎	H24 年 9 月 11 日	〇〇小学校	
<input type="checkbox"/>	祖父	(フリガナ) カナン コゴロウ 河南 小五郎	S31 年 3 月 27 日		
<input type="checkbox"/>	祖母	(フリガナ) カナン ユリコ 河南 百合子	S33 年 4 月 8 日		
<input type="checkbox"/>		(フリガナ)	年 月 日		
<input type="checkbox"/>		(フリガナ)	年 月 日		

生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)
ひとり親世帯等	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし
	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯
	<input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 ※該当する受給者証等の写しを添付してください
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給 <input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金等の受給
保育の利用を必要とする理由及び利用を希望する時間	父 <input checked="" type="checkbox"/> 就労(月64時間以上) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )
	母 <input checked="" type="checkbox"/> 就労(月64時間以上) <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )
利用希望時間	(平日) 8 時 00 分から 18 時 00 分まで (土曜) 時 分から 時 分まで
備考	別居の父住所 : 大阪府〇〇〇市●●● △丁目 ●●一●