

1号認定用

教育・保育給付認定申請書  
(施設型給付費)

年 月 日

保護者氏名

龍ヶ崎市長 様

次のとおり、施設型給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る児童	氏名	生年月日	性別	障害者手帳
	(ふりがな)	H・R 年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所	(現住所) 龍ヶ崎市			
	(R4年1月1日時点の住所) *上記と異なる場合に記入			
連絡先	[自宅]	[父携帯]	[母携帯]	

①個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧することに同意します。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・保育施設に対して提示することに同意します。

保護者氏名

②世帯の状況(全ての同居者を記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日		性別	勤務先又学校名等	障害者手帳	備考
			個人番号					
児童の世帯員	(ふりがな)	保護者	年 月 日生		男・女		有・無	
	(ふりがな)	保護者の配偶者	年 月 日生		男・女		有・無	
	(ふりがな)	本人	/					
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し・ <input type="checkbox"/> 適用有り( 年 月 日保護開始)						
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭・ <input type="checkbox"/> 左記以外						

③利用を希望する期間及び施設名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前
利用を希望する施設名	施設名・希望理由 <input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )

----- 以下は記入しないでください。 -----

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認 定 の 可 否		認定者番号
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)	
給付(入所)の可否		給付(利用)期間
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日
施設(事業者)名	〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕	
	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園	

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者・連絡先	担当者氏名: / 連絡先:
契約(内定)の有無	有(契約・内定( 年 月 日))・無
備考	