

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 | | | |
| | (R3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 | |