

1号認定用

教育・保育給付認定申請

記載例

(施設型給付費)

令和 8 年 11 月 4 日

保護者氏名 竜崎 育男

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<br>児童 | 氏 名                                            | 生 年 月 日       | 性別            | 障害者手帳 |
|             | (ふりがな) りゅうざき たろう<br>竜崎 太郎                      | 令和3 年5 月5 日生  | 男・女           | 有・無   |
| 保護者住所       | (現住所)<br>龍ヶ崎市〇〇〇〇番地 市営△△住宅△△△号                 |               |               |       |
|             | (R8年1月1日時点の住所)<br>*上記と異なる場合に記入 ××市□□1丁目10番100号 |               |               |       |
| 連絡先         | [自宅]                                           | [父携帯]         | [母携帯]         |       |
|             | 0297-××-◆◆◆◆                                   | 090-〇〇〇〇-△△△△ | 090-◆◆◆◆-×××× |       |

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 竜崎 育男

②世帯の状況(全ての同居者を記入)

|            |    |                           |         |                 |     |          |       |    |
|------------|----|---------------------------|---------|-----------------|-----|----------|-------|----|
| 児童の世帯員     | 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 |
|            |    | (ふりがな) りゅうざき いくお<br>竜崎 育男 | 保護者     | 昭和63 年 1 月 1 日生 | 男・女 | △△自動車    | 有・無   |    |
|            |    | (ふりがな) りゅうざき いくこ<br>竜崎 育子 | 保護者の配偶者 | 昭和63 年 2 月 2 日生 | 男・女 | **医院     | 有・無   |    |
|            |    | (ふりがな) りゅうざき たろう<br>竜崎 太郎 | 本人      |                 |     |          |       |    |
|            |    | (ふりがな) りゅうざき はなこ<br>竜崎 花子 | 姉       | 平成28 年 3 月 3 日生 | 男・女 | ◆◆小学校    | 有・無   |    |
|            |    | (ふりがな) りゅうざき みつこ<br>竜崎 光子 | 祖母      | 昭和34 年 4 月 4 日生 | 男・女 | 無職       | 有・無   |    |
|            |    | (ふりがな)                    |         |                 |     |          | 有・無   |    |
|            |    | (ふりがな)                    |         |                 |     |          | 有・無   |    |
| 生活保護の適用の有無 |    | ☑適用無し・□適用有り( 年 月 日保護開始)   |         |                 |     |          |       |    |
| 家庭の状況      |    | □ひとり親家庭・☑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 9 年 4 月 1 日から 年 月 日 まで<br>□ 小 学 校 就 学 前 |                             |
| 利用を希望する施設名 | 施設名・希望理由                                   |                             |
|            | ★★★幼稚園                                     | ☑自宅・職場に近い □兄弟等入園<br>□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<br>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<br>年 月 日認定 | (否とする理由)                                                                                                                   | 自 年 月 日<br>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        |                    |