

支給認定申請書

日之影町長 殿

保護者氏名

日之影 太郎

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 (ふりがな) ひのかげ さくら 日之影 桜	生年月日 生年月日を記入	性別 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	障がいの有無 無し ※有りの場合は証明できるものの写しを提出してください。
	保護者住所・連絡先 882-●●●●● (住所) 日之影町大字 ●● ▲▲▲▲番地 (連絡先) 携帯(父) 080-●●●●●-▲▲▲▲▲ (母) 080-●●●●●-▲▲▲▲▲ (自宅) ●●-×××××	認定者番号 ※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。 個人番号 継続者は記載不要		
保育の希望の有無(※)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) <input checked="" type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、認定子ども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園(教育部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	事業所(学校)名	町民税課税状況	障がいの有無	備考
			個人番号					
児童の世帯員	日之影 太郎	父	生年月日を記入 継続者は記載不要	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	〇〇会社	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
			生年月日を記入 継続者は記載不要	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	〇〇会社	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	日之影 次郎	弟	生年月日を記入 継続者は記載不要	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
父母 → 兄弟姉妹 → 祖父母 → その他の順で記載してください。 継続利用される方もしくはすでに兄弟が入っている方はマイナンバーの記載は不要です。 障がいの有無が「有」の場合は証明できるものの添付をお願いします。								
生活保護の適用の有無			<input checked="" type="radio"/> 適用無し 適用有り (年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	西暦 2025年〇月〇日 から 2026年3月31日 まで		
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	〇〇幼稚園 (希望理由) 例)現在利用しているため	
	第2希望	▲▲幼稚園 (希望理由) 例)家から近いため	
第3希望	□□認定子ども園 (希望理由) 例)親の職場から近いため など		

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

