

(様式第1号)

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定(現況)申請書

令和 年 月 日

保護者氏名 海南 太郎



海南市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る小学校 就学前の子ども	氏名	生年月日	性別	保護者 との続 柄	認定者番号
	(ふりがな)かいなん いちろう				※既に認定済みの場合
	海南 一郎	平成28年10月15日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	長男	
保護者連絡先 (優先的に使う連絡先を ○で囲んでください)	<input checked="" type="radio"/> 自宅 073 - XXXX - XXXX		<input checked="" type="radio"/> 携帯(父)	090 - XXXX - XXXX	
			<input checked="" type="radio"/> 携帯(母)	090 - XXXX - XXXX	
保護者 住所・連絡先	〒 649-0121 海南市下津町丸田217-1		学校区(大東 小学校)		
(転入・転居予定の場合のみ) 転入・転居予定 住所	〒		学校区(小学校)		
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				
	<input checked="" type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合				

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部)、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。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚園部)をいいます。

①子どもの情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (食品名 卵 症状 じんましん)
その他特記事項	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ()

3歳児クラスに新入園の場合。
※4歳児クラスに新入園の場合は令和4年、5歳児クラスの場合は令和3年となります。

②利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和 2 年 4 月 1 日 から 令和 5 年 3 月 31 日
利用を希望する 施設名(※)	

(※)市内の幼稚園・認定こども園(幼稚園部)に対し、申し込めるのは1施設のみです。

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無		非該当・該当(□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無		非該当・該当(平成 年 月 日 保護開始)					
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	障害者手帳	備考
子どもの世帯員 (同住所地の世帯員)	(ふりがな)かいなん たろう 海南 太郎	52年 7月 3日生	男・女	父	会社員	有・無	
	(ふりがな)かいなん はなこ 海南 花子	53年 2月10日生	男・女	母	無職	有・無	
	(ふりがな)かいなん じろう 海南 次郎	29年11月21日生	男・女	弟		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	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女			有・無	
祖父母の状況	氏名		年齢	住所		電話番号	
	父方	祖父					
		祖母					
	母方	祖父					
祖母							

同住所であっても世帯が別になっている方については、記入いただく必要はありません。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

(1)市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定等に必要な市民税の情報(同一世帯および同住所地世帯を含む)および世帯情報を閲覧およびその他の情報を関係機関へ照会すること。

(2)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。

以上のことに同意します。

保護者氏名

海南 太郎

