

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

(宛先) 伊那緑ヶ丘・緑ヶ丘敬愛幼稚園長

保護者(申請者)氏名

印

利用を希望する施設名	施設名・希望理由		事業所番号 ※				
	第1希望	(理由)					
	第2希望	(理由)					
施設の利用を希望する期間	平成 年 月 日 から 就学前まで 平成 年 月 日 まで						
利用希望曜日 (○をする)	月 火 水 木 金 土 日						
住所	伊那市 _____ [行政区 区 町 組] 電話 _____ (携帯電話 父) _____ (携帯電話 母) _____						
ふりがな 児童氏名	男 女	平成 年 月 日生	平成30年4月1日現在 年齢 _____ 歳	障害者手帳の有無 有り・無し			
児童個人番号 (マイナンバー)							
父個人番号 (マイナンバー)	母個人番号 (マイナンバー)						
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、保育園等において保育の利用を希望する場合						
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合						
保護者及び同居の家族	ふりがな氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先・学校等	勤務先等Tel	<担当課記入欄> 市町村民税課税有無
			. .				有・無
			. .				有・無
			. .				有・無
			. .				有・無
			. .				有・無
			. .				有・無
家庭の状況	次の1~5に該当する場合、○をしてください。						
	1 単身赴任・別居世帯 2 幼稚園在園の兄弟姉妹 有り・無し 3 生活保護世帯 4 母子父子世帯 (年 月~)	5 在宅障害者(児)世帯 障害者(児) 氏名 _____	—————▶ (5に該当する場合、下該当項目に○をしてください。) ・療育手帳 ・身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・国民年金等の障害年金 ・特別児童扶養手当				

税情報等の提供にあたっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を閲覧すること。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・保育施設等に対して提供することに同意します。

保護者氏名

印

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無（有・無）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

※申込み児童のきょうだいについて

申込み児童と同居していないきょうだいの有無（有・無）

（有の場合、きょうだいの氏名・居住地・勤務先・学校名）

市町村記載欄

受付年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

認定の可否		認定証番号	認定区分		
可・否 (否とする理由)			1号	2号	3号
平成	年	月	日	認定	(標長)
支給の可否			支給(利用)期間		
可・否 (否とする理由)			自：平成	年	月
[施設型 地域型 特例施設型 特例地域型]			至：平成	年	月
利用施設名					
認定こども園(連 幼(幼 保) 保(保 幼) 地(幼 保)) 幼稚園 保育所 地域型(小 家居 事)					
備考					

施設記載欄（施設を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

施設名	(事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	