

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

名寄市長

様

年

月

日

次のとおり、子ども・子育て支援法による支給認定を申請します。

保 護 者	居住地	〒 - 名寄市					
	フリガナ氏名	生年月日	続柄	電話番号	令和4年1月1日 時点の住民登録地		
		・		-	<input type="checkbox"/> 名寄市 <input type="checkbox"/> 他市町村 ( )		
	個人番号			<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 子と別居			
	勤務先等			障害者手帳等 無・有( )			
		・		-	<input type="checkbox"/> 名寄市 <input type="checkbox"/> 他市町村 ( )		
	個人番号			<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 子と別居			
勤務先等			障害者手帳等 無・有( )				
申 請 に 係 る 子 ど も	フリガナ氏名	生年月日	年齢 性別	※令和5年4月1日時点の 年齢を記載してください。			
		・	歳	特別児童扶養手当の受給 無・有			
	個人番号		男・女	( 年 月 日受給開始)			
	障がいに係る手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(内容: )				
	通所発達支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(内容: )				
	現在治療中の傷病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(内容: )				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(内容: )				
希望認定区分	<input type="checkbox"/> 幼稚園及び認定こども園の幼稚園部分の利用を希望します。(1号認定) <input type="checkbox"/> 保育所及び認定こども園の保育部分の利用を希望します。(2号・3号認定)						
上 記 以 外 の 世 帯 員	フリガナ氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校名等 (※略称可)	同居・別居	障害者手帳又は療 育手帳の有無	
					同居・別居	無・有	
				個人番号			無・有
				個人番号			無・有
				個人番号			無・有
				個人番号			無・有
家 庭 状 況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭以外	生活保護の適用	無・有 (保護開始 年 月 日)				
	出産予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(出産予定日 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 育休取得予定 <input type="checkbox"/> 産休取得予定				

**<税情報等の提供、教育・保育給付認定及び利用調整に当たっての同意書>**

私はこの申込みから教育・保育給付認定期間終了までの間、次に掲げる事項について、同意します。

- 市町村が教育・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
- (1)の情報に基づき決定した利用者負担額について、認定こども園、保育所等及び幼稚園等に対して提示すること
- ここに記載されている事項の中で、認定こども園、保育所等及び幼稚園等の利用調整または運営上必要と認められる情報を認定こども園、保育所等及び幼稚園等に提供することがあること
- 虚偽の届け出をした場合は支給認定を取り消すことがあること

保護者署名 \_\_\_\_\_

備 考

- 1 太枠内へ記載してください。
- 2 障害者手帳等を取得している世帯員がいる場合は保育料の算定に影響することがあります。
- 3 続柄は申請に係る子どもからみた続柄を記載してください。

(2号又は3号の認定申請の方は裏面もご記入ください。)

