

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼利用申込書

年 月 日

錦江町長 様  
(管理者様)

保護者 住所 錦江町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_

父携帯 \_\_\_\_\_

母携帯 \_\_\_\_\_

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の申請兼施設利用の申込をします。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	ふりがな	年 月 日生	男・女	有・無
個人番号	※マイナンバーを記入してください。			
支給認定番号	※既に認定を受けている場合は記入してください。			
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 (幼稚園との併願の場合を含む。)		
	無	: 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等との併願の場合を除く。)		

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園 (保育所分)、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、認定こども園 (教育部分) をいいます。
- ・「保育の希望の有無」の欄で「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④、⑤に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	子ども との続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名	個人番号 (マイナンバー)
子どもの 世帯員	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
	ふりがな		年 月 日生	男・女		
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)					
児童扶養手当等の有無	・児童扶養手当 適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日受給開始)					
	・ひとり親医療 適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日受給開始)					
障害者手帳の有無	無 ・ 有 (対象者名: )					

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	年 月 日 から 年 月 日 まで
利用希望する 施設 (事業者) 名	施設 (事業者) 名 ・ 希望理由
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

○希望する施設のみ記入してください。

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。