

支給認定申請書 兼 入所申込書

加西市長 様

平成 年 月 日

以下のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定申請及び特定教育・保育施設等への入所を申込みます。
 市が施設型給付費・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(同一世帯者を含む)及び世帯情報等を閲覧すること(マイナンバー制度による情報連携を含む。)や、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に同意します。

平成30年4月1日時点の満年齢		歳	保護者(署名)		印
児童	ふりがな	生年月日		性別	障がいの有無
	氏名	平成 年 月 日生	男・女	有・無	※障害者手帳、特児手証書等を取得している場合は、その写しを添付。
住所	〒 加西市				連絡先
	平成 29 年 1 月 1 日の住所 父 市内・市外()/母 市内・市外()				自宅
	平成 30 年 1 月 1 日の住所 父 市内・市外()/母 市内・市外()				父携帯
	※ 各年1月1日の住所が市外の場合、当該年度の課税証明書の添付が必要です。				母携帯
世帯の状況 (申込児童を除く)	続柄	氏名	生年月日	就労等の状況 [勤務先・学校名など]	
	ふりがな		S・H	□就労 □求職活動 □介護 □疾病 □就学	
	父		年 月 日	□() 勤務先等[]	
	ふりがな		S・H	□就労 □求職活動 □介護 □疾病 □就学	
	母		年 月 日	□妊娠(予定日:H 年 月) □() 勤務先等[]	
	世帯員①		M・T・S・H		
世帯員②		M・T・S・H			
世帯員③		M・T・S・H			
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ^{★1} <input type="checkbox"/> 同居親族に障害者がいる世帯 ^{★2} <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外 ^{★1} 「ひとり親世帯」・・・取得されている児童扶養手当証書、遺族年金証書等の写しを添付 ^{★2} 「同居親族に障害者がいる世帯」・・・取得されている障害者手帳、療育手帳、特別児童扶養手当証書等の写しを添付				

利用の希望	期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 / 小学校就学前 まで				
	施設	※ 幼稚園や幼児園・こども園の教育利用を希望される場合は、第1希望のみ記入				
		第1希望	幼稚園 保育所(園)	/	幼児園 こども園	教育利用 保育利用 (希望理由)
		第2希望	保育所(園)	/	幼児園 こども園	保育利用 (希望理由)
	第3希望	保育所(園)	/	幼児園 こども園	保育利用 (希望理由)	
曜日	利用したい曜日		利用したい時間			
時間	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで			

現在利用中の施設	無 ・ 有 ()	保育所・幼児園・こども園・事業所内保育)
----------	-----------	----------------------

