

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

令和 年 月 日 ※鉛筆、フリクションボールペン等文字が消える筆記用具での記入は受付できません。

（宛先）滑川町長

保護者氏名

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 児童	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	令和 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 滑川町			
	(電話番号) — —			
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（幼稚園等と併願の場合を含む。）			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			
認定（入所） 希望日	令和 年 月 1 日 から			
認定希望日の前々年1月1日現在の住所	☐ 滑川町内 ☐ 滑川町外 (市・町・村・区)			
認定希望日の前年1月1日現在の住所	☐ 滑川町内 ☐ 滑川町外 (市・町・村・区)			

- (※)
- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、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。
 - ・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び③に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)
児童の 世帯員	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生 令和	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生 令和	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生 令和	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生 令和	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生 令和	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)				

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

※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に記入して下さい。

③税情報等の提供に当たっての署名欄

保護者氏名

*施設記載欄（施設（事業者）を經由して町に提出する場合）

施設（事業者）名	(事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有（ 契約・内定 年 月 日付） ・ 無
備 考	

(裏面)