

教育・保育給付認定申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

保護者氏名

次のとおり施設型給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	フリガナ 氏名	生年月日	性別	個人番号
		年 月 日生	男・女	
保護者の 住所及び連絡先	(住所)			
	父携帯: — — 母携帯: — — 自宅: — —			
	令和8年1月1日現在の住所	川越市内・川越市外()	令和9年1月1日現在の住所	川越市内・川越市外()
支給認定証番号		※支給認定証番号は、既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。		
申請する 認定区分	1号認定			

①世帯の状況

※申請子ども以外の両親(別居の場合は「備考」欄に住所を記入)及び同居している親族等の全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏名	子ども の続柄	生年月日	職業又は学校名等	個人番号 備考
子どもの 世帯員			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		

②利用を希望する期間及び施設(事業者)の名称

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで 就 学 前 ま で
施設(事業者)の名称	

③生活保護の状況

生活保護の状況	年 月 日開始
---------	---------

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費、特例施設型給付費、地域型保育給付費又は特例地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定を行うために必要な市町村民税に関する情報(同一世帯員及び同居者のものを含む)、世帯に関する情報及び施設の在籍状況に関する情報を閲覧すること並びにこれらの情報及びこれら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・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提供することに同意します。							
氏名		続柄		氏名		続柄	
氏名		続柄		氏名		続柄	
氏名		続柄		氏名		続柄	

※保護者及び申込児童と同居している祖父母等、18歳以上の同居人全員の自署が必要です。

※ 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	確認欄	☐ 個人番号の確認	☐ 身元確認書類の確認
施設(事業者)名	(事業所番号:)			
担当者氏名	(担当者)			
連絡先	(連絡先)			
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))・ 無			
備考				

教育・保育給付認定申請書

令和〇年〇月〇日

(提出先)
川越市長

保護者氏名 川 越 太 郎

次のとおり施設型給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	フリガナ 氏名	生年月日	性別	個人番号
	カワゴエ ジロウ 川 越 次 郎	令和〇年〇月〇日生	男・女	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
保護者の 住所及び連絡先	(住所) 川越市元町1-3-1			
	父携帯: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 母携帯: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 自宅: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
令和8年1月1日現在の住所		川越市内・川越市外(〇〇市)	令和9年1月1日現在の住所	
川越市内		川越市外()	川越市内	
支給認定証番号		※支給認定証番号は、既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。		
申請する 認定区分		1号認定		

①世帯の状況

※申請子ども以外の両親(別居の場合は「備考」欄に住所を記入)及び同居している親族等の全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏名	子どもとの続柄	生年月日	職業又は学校名等	個人番号 備考
子どもの世帯員	カワゴエ タロウ 川 越 太 郎	父	昭和〇〇年〇月〇〇日生	会社員	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	カワゴエ ハナコ 川 越 花 子	母	昭和〇〇年〇月〇〇日生	会社員	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	カワゴエ イチロウ 川 越 一 郎	兄	平成〇〇年〇月〇〇日生	〇〇小学校	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
	カワゴエ フサコ 川 越 房 子	祖母	昭和〇〇年〇月〇〇日生	無職	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		

②利用を希望する期間及び施設(事業者)の名称

利用を希望する期間	令和9年4月1日から 年 月 日まで 就学前まで
施設(事業者)の名称	〇〇認定こども園

③生活保護の状況

生活保護の状況	年 月 日開始
---------	---------

適用がある場合は、開始日を記入してください。
(適用なしの場合は未記入)

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費、特例施設型給付費、地域型保育給付費又は特例地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定を行うために必要な市町村民税に関する情報(同一世帯員及び同居者のものを含む)、世帯に関する情報及び施設の在籍状況に関する情報を閲覧すること並びにこれらの情報及びこれら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・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提供することに同意します。

氏名	川越太郎	続柄	父	氏名	川越花子	続柄	母
氏名	川越房子	続柄	祖母	氏名		続柄	
氏名		続柄		氏名		続柄	

※保護者及び申込児童と同居している祖父母等、18歳以上の同居人全員の自署が必要です。

* 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))・ 無
備考	