

# 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書兼施設利用申込書

平成 年 月 日

ふりがな ( )

保護者 氏 名

印

(提出先) 川 越 市 長

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を申請します。

申請に係る 小学校就学前 児童	氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳の有無
		平成 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒			
	父携帯: - -	母携帯: - -	自宅: -	
認定者番号	※既に支給認定を受けている方のみ		個人番号	
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)			

(※) 「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。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(以下同じ)  
「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

## ①世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考 個人番号
児童の 世帯員			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
生活保護の状況	適用なし・適用あり (平成 年 月 日保護開始 担当者名 )					

## 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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	
	第4希望以降		

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。黒太枠の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。  
○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

クラス年齢	入所年齢(0歳月齢)	入所希望月	確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 月齢の確認(0歳、1歳南古谷・ひかり 2歳古谷) <input type="checkbox"/> 同居の祖母の有無 <input type="checkbox"/> 市外の場合の課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証・障害者手帳のコピー	番 号
歳児クラス	ヶ月	月			

(表面)

