

※町が、施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な町民税情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧します。

また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、利用施設等に対して提示します。

上記について同意のうえ、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

令和 6年 12月 2日

〒969 — 4402
保護者 住所 西会津町 尾野本字新森野甲53番地
(代表保護者) 氏名 野沢 太郎
生年月日 S・H 2年 2月 10日

西会津町長 様

令和7年4月1日の年齢を
記入して下さい

児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	保護者との 続柄	4月1日 現在年齢	連絡先
	のざわ こゆり 野沢 こゆり	平成・令和 31年4月9日	男・女	子	5歳	45-4332
支給認定 番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合のみ記入してください。					
利用を 希望する 施設名	第1希望 こゆりこども園 第2希望 第3希望	(希望理由) 両親共働きのため 保護者の就労時間等により保育時間(標準時間・短時間)が異なります。 該当する利用可能時間を確認し、実際に利用する保育時間を記入して下さい				
利用を希望する期間	令和 7年 4月 1日 ~ 令和 8年 3月 31日 日まで				障害者手帳 の有無	有・無
利用時間	7時 30分 から 17時 30分 まで		利用曜日	月・火・水・木・金・土		
保護者	氏名	保育の利用を必要とする理由				日中の連絡先
	野沢 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他() (具体的状況等)				090-1234-5678
野沢 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他() (具体的状況等)				080-2345-6789	

確実に連絡ができる内容(携帯
番号等)を記載してください

○児童の家庭の状況

区分	氏名(ふりがな)	児童との 続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	市町村民 税課税の 有無	備考
児童の 世帯員	野沢太郎(のざわ たろう)	父	H2.2.10	男・女	西会津工業株式会社	有・無	
	野沢花子(のざわ はなこ)	母	H3.3.5	男・女	西会津銀行	有・無	
	野沢さゆり(のざわ さゆり)	姉	H23.8.7	男・女	西会津小学校	有・無	
	野沢一郎(のざわ いちろう)	祖父	S27.9.16	男・女	農業	有・無	
				男・女		有・無	

祖父母等も含む家族全員の
状況を記入して下さい

※該当する場合のみ記入してください。

生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (平成 年 月 日保護開始)
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (離別・死別・未婚・行方不明・別居・調停中) 年 月 日頃から
	<input type="checkbox"/> 障がい児(者)のいる世帯