

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

※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 7 年 12 月 5 日

〒969-4402

住所 西会津町 尾野本字新森野甲53番地

保護者
(代表保護者)

氏名 野沢 太郎

生年月日 S・(H) 3年2月10日

西会津町長様

令和8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	令和 2年4月9日	男・女	子	5歳	45-4332
	野沢 こゆり					
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 (希望理由) 両親共働きのため 第2希望 第3希望					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8年4月1日～令和9年3月31日まで				障害者手帳の有無	有・無
利用時間	8時00分から18時00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() (具体的な状況等)				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() (具体的な状況等)				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	H3.2.10	男・女	西会津工業株式会社	有・無	
	野沢花子(のざわ はなこ)	母	H5.3.5	男・女	西会津銀行	有・無	
	野沢さゆり(のざわ さゆり)	姉	H27.8.7	男・女	西会津小学校	有・無	
	野沢一郎(のざわ いちろう)	祖父	S35.9.16	男・女	農業	有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	

※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