

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 年 月 日

保護者 (代表保護者)	〒 住 所 氏 名	— 西会津町
----------------	--------------	-----------

〒	—				
住 所	西会津町				
氏 名					
生年月日	S ・ H	年	月		日

西会津町長 様

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	
		平成・令和 年 月 日	男・女		歳		
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 (希望理由) 第2希望 (希望理由) 第3希望 (希望理由)						
利用を希望する期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで					障害者手帳 の 有 無	有・無
利用時間	時 分 から 時 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	
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 保護者の疾病・障がい ☐ 同居親族の介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 求職活動 ☐ その他() (具体的状況等)					
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 保護者の疾病・障がい ☐ 同居親族の介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学・職業訓練 ☐ 求職活動 ☐ その他() (具体的状況等)					

○児童の家庭の状況

[illegible]

※該当する場合のみ記入してください。

生活保護の状況	☐ 適用なし ☐ 適用あり (平成 年 月 日保護開始)
家庭の状況	☐ 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
	☐ 障がい児(者)のいる世帯