

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) 氏名 住所 西会津町  
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 第2希望 第3希望	(希望理由) (希望理由) (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	
		<input 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)				
		<input 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)				

○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				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		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