

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

子ども・子育て支援制度

こどものための教育・保育給付認定申請書（法第19条第1項第1号）

(宛先)大河原町長

以下のことに同意のうえ、給付認定の申請をします。

- ①大河原町が給付認定に必要な町民税の情報(同一の世帯員を含む)及び世帯情報を閲覧すること。
(大河原町で課税状況が確認できない場合は他の官公署に資料の閲覧を求めること。)
- ②申請書等に記載した内容や審査内容を、教育・保育給付認定や施設型給付費の支給に関する情報として、施設・事業者を提供すること。
- ③翌年度4月からの利用開始の場合は認定事務が集中し審査に時間を要することから今年度末までに認定すること。

		申請日	年 月 日				
申請者 (保護者)	住所	〒 ー 大河原町		電話番号			
	氏名	フリガナ (押印は自署の場合不要) ㊟	生年月日	年 月 日			
認定申請 対象児童	氏名	フリガナ	生年月日	年齢 性別			
			年 月 日	歳 男・女			
税務上の 扶養者	父・母・その他()		利用予定 施設名				
利用を希望する期間		年 月 日 から <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで					
家族の 状況 (認定申請 対象児童は 除く)	フリガナ	児童との 続柄	生年月日		児童の兄弟姉妹が幼稚園(保育所) 又は小学校に通っている場合		備考
	氏 名				幼稚園(保育所) 又は小学校名		
		世帯主	年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
生活保護適用		なし・あり(年 月 日保護開始)					
ひとり親家庭の方		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚(過去に結婚歴がない) <input type="checkbox"/> その他					
障害のある方との同居		なし・あり ・対象者氏名[] ・該当にチェック <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給					

※油性ボールペンなど容易に消えないもので記入してください(摩擦熱で消えるボールペンは使用しないでください)。

◎この申請書の内容は利用手続きのため利用予定施設へ連絡することがありますのでご了承願います。

●大河原町処理欄

支給認定有効期間	年 月 日 から		<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	
認定番号			認定区分	1号
世帯番号			備考	
入所内定施設名			入所契約(内定)の有無	有(年 月 日)・無