

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書（2・3号認定用）

年 月 日

（宛先）磐田市長

次の通り施設型給付費にかかる支給認定申請をします。

申請児童	フリガナ		生年 月 日 （ 歳）	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	保護者と の続柄		障害者 手帳の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名								

保護者	フリガナ		電話	自宅		
	氏名			携帯	父	
	個人番号	父： _____ 母： _____		母		
	現住所					
	平成31年1月1日現在の住所（現住所と同じ場合は同上と記入）					

同意欄	磐田市がこの支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。 保護者氏名 _____ ㊞
-----	---

申請児童の同居者（申請児童を除く。）	フリガナ	申請児童から みた続柄	生年月日	・学校・幼稚園・保育園等の名称 ・別居している場合の住所	障害者手 帳の有無
	氏名				
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			年 月 日生		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

生活保護法の適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ひとり親家庭の適用	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無	障害世帯の適用	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
-------------	--	-----------	---	---------	---

利用希望時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
	時間 _____ : _____ ~ _____ : _____
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（最長11時間）を希望 <input type="checkbox"/> 保育短時間（最長8時間）を希望

※磐田市記入欄

教育・保育施設等を利用している就学前の兄姉の有無	<input type="checkbox"/> いない、 <input type="checkbox"/> 1人、 <input type="checkbox"/> 2人以上
在園児区分	<input type="checkbox"/> 1人目、 <input type="checkbox"/> 2人目、 <input type="checkbox"/> 3人目以降
希望園等の所在地	<input type="checkbox"/> 市内、 <input type="checkbox"/> 市外