

施設型給付費教育・保育給付認定申請書(1号認定用)

国立市長 殿  
(管理者 殿)

保護者住所 国立市富士見台2-47-1

保護者氏名 国立 太郎 (印) 国立

※署名の場合は、押印不要です

電話番号 042-576-2111

次のとおり、施設型給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

1 申請に係る小学校就学前子ども

	氏名	生年月日	支給認定証番号(既に受けている場合)
1	(ふりがな)くにたち じろう 国立 次郎	H 23 年 5 月 1 日	きょうだいと同時に利用される場合には、こちらへご記入ください。
2	(ふりがな)	H 年 月 日	
3	(ふりがな)	H 年 月 日	

2 小学校就学前子どもの世帯状況 (保護者 1・2 が別居している場合は、状況欄に住所を記入してください。)

	氏名	続柄	生年月日	状況 (在籍幼稚園名等)	平成26年度 市民税課税 の有無
1	(ふりがな)くにたち たろう 国立 太郎	保護者1	S 55 年 5 月 2 日	別住所に住んでいる扶養義務者がいる場合は、その居住地をこちらに記入してください。	(有)・無
2	(ふりがな)くにたち はなこ 国立 花子	保護者2	S 56 年		有・(無)
3	国立 一朗	兄	H 20 年 5 月 4 日	通園・在学・就労 在宅・その他 [ 国立市立第1小2年 ]	
4	国立 国男	祖父	S 30 年 5 月 6 日	通園・在学・就労 在宅・その他 [ ]	
5	国立 春子	祖母			
6	世帯の中に、利用児からみてきょうだいがいる場合は、そのお子さんの小学校名、学年を必ずご記入ください。その他、特別支援学校幼稚部や情緒障害児短期治療施設通所部、児童発達支援等を利用されている場合もご記入ください。利用者負担額が変更になる可能性があります。				

3 利用を希望する期間、希望する施設

利用を希望する期間	令和〇〇年〇月1日から	年 月 日まで
利用を希望する施設名	〇〇〇幼稚園 (市記入欄)	

市が施設型給付費の教育・保育給付認定及び利用者負担額の決定に必要な世帯状況及び所得状況について公簿等で確認すること、並びに、その情報に基づき決定した利用者負担額を教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

保護者1氏名 国立 太郎 (印) ※ 署名の場合は、押印不要です

保護者2氏名 国立 花子 (印) ※ 署名の場合は、押印不要です

就学前まで通園予定の場合には、記入いただくなくて結構です。