

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請書

年 月 日

岸和田市長 様

住 所 岸和田市 町

保護者氏名

自宅電話番号

携帯電話番号 (父・母)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請の対象となる子ども	フリガナ		生年月日
	氏名		平成 年 月 日
	個人番号		
保護者	対象子どもとの続柄	フリガナ	生年月日
		氏名	昭・平 年 月 日
		個人番号	
	対象子どもとの続柄	フリガナ	生年月日
		氏名	昭・平 年 月 日
		個人番号	
希望する 認定区分 <small>(希望するものを○で 囲ってください。)</small>	1号 (入園時の子どもの年齢が3歳以上で認定こども園・幼稚園での教育を希望される方)		
	2号 (入園時の子どもの年齢が3歳以上で認定こども園・保育所での保育を希望される方)		
	3号 (入園時の子どもの年齢が3歳未満で認定こども園・保育所等での保育を希望される方)		
	1号と2号の併願希望	有・無	(幼稚園と保育施設の両方を希望される場合等)

対象子どもとの続柄	保育の利用を必要とする理由 (2号又は3号の認定を希望される方のみ記入してください。)
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 要保護 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()
保育の利用を希望する時間	時 分から 時 分まで

同意書

次の事項について、同意します。

1. 市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定に必要な課税状況について、各関係機関に調査、照会又は閲覧すること。
2. 就労や疾病状況等保育の利用を必要とする要件について、雇用主その他関係機関に調査又は照会すること。

保護者氏名 _____ (印)

_____ (印)