

教育・保育給付認定申請書

年 月 日

色麻町長 様

保護者	行政区				
	住所		〒		
	氏名				
	電話番号	自宅			
		携帯	続柄		
		携帯	続柄		

次のとおり、教育・保育給付認定について申請します。

申請にあたり、町が教育・保育給付認定の決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及びその情報に基づき決定した利用者負担額並びに教育・保育給付認定申請書の内容について、入園決定施設に対して提供することに同意します。

申込児童	氏名	生年月日	性別	現在申請中の兄弟姉妹
	(フリガナ)		男・女	有・無
		年 月 日		
住所	※保護者と異なる場合のみ記載			
保育の必要性	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園(教育部門)で教育を希望する			
その他特記事項	無・有()			

①利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する曜日・時間	希望曜日	希望時間
	月・火・水・木・金	時 分から 時 分まで
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名	
	第1希望	希望理由
	第2希望	希望理由
	第3希望	希望理由

〈必ず裏面も記入してください〉

②世帯の状況(単身赴任等別居中の家族を含む)

区分	氏名	申込 児童 との 続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考
児童の世帯員	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		年 月 日	男・女		
ひとり親・障害世帯等	非該当・該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護の適用の有無	非該当・該当(年 月 日保護開始)					