

# 記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書（兼児童台帳）

申込日

令和〇年〇月〇日

記入してください

入園に際して聞き取り等させていただく場合があります。確実にご連絡がとれる携帯電話等をご記入ください。  
[押印は不要です]

保護者 住所 庄内町余目字町132番地1

氏名 庄内 太郎

電話 080-1234-5678 (母)

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費等に係る教育・保育認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども（以下「児童」という。）	フリガナ	ショウナイ イチロウ	生年月日 —(予定日)—	性別	保護者との続柄	認定者番号 (既認定済の場合)
	氏名	庄内 一郎	平成〇年〇月〇日	男	子	
	個人番号	456789012345				
障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 無・有 (手帳名 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)					
健康情報	1 異常なし 2 通院中(病名 ) <input checked="" type="radio"/> 3 アレルギー ( 卵・えび・そば ) 4 その他特記事項 ( )					
保育の希望の有無	有： 保育所等（保育所、認定こども園（保育部分）、家庭的保育、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいう。以下同じ。）において保育の利用を希望する場合（幼稚園等 <b>町立幼稚園入園は『無』に〇が付きます</b> の場合を含む。） <input checked="" type="radio"/> 無： 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）					

1 保育の利用  
 文給認定証の交付を申請します  
 文給認定証の交付を申請しません

1 保育の利用  
 ください。)

続柄	
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 不
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 唐府 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 不在（死亡、離婚） <input type="checkbox"/> その他（ )

記入しないでください

記入してください

2 世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい者 (児) のいる世帯 ) ・ 無						
生活保護の適用の有無	有 ( 年 月 日 保護開始 ) ・ <input checked="" type="radio"/> 無						
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	職業又は学校名等	個人番号	備考
フリガナ	ショウナイ タロウ 庄内 太郎	H 〇年〇月〇日	男	父	会社員	123456789012	
フリガナ	ショウナイ ハナコ 庄内 花子	H 〇年〇月〇日	女	母	パート職員	234567890123	
フリガナ	ショウナイ フタ 庄内 風太	H 〇年〇月〇日	男	兄	高校〇年生	345678901234	別居
フリガナ	ショウナイ フウ子 庄内 風子	R 〇年〇月〇日	女	妹	〇〇保育園	567890123456	
フリガナ	ショウナイ ジョウ次郎 庄内 次郎	S 〇年〇月〇日	男	祖父	無職	890123456789	
フリガナ	ショウナイ マチ子 庄内 町子	S 〇年〇月〇日	女	祖母	主婦	901234567890	
フリガナ		年 月 日					
フリガナ		年 月 日					

両親、きょうだい、祖父母、おじ・おば、曾祖父母...の順でご記入ください。

令和5年4月1日現在の学校名や学年等(予定)をご記入ください。

