

2・3号用

受付印

申請 区分	<input type="checkbox"/> 新規申請(翌年4月に入園を希望される方)
	<input type="checkbox"/> 継続申請(すでに保育所を利用中の方)
	<input type="checkbox"/> 転園申請

ひとり	
障がい	
多子	
3子同時	

1. 施設型給付・地域型給付の支給認定に際して、子ども子育て支援法第16条に基づき、町長が申請者や同居親族の課税内容・所得状況等の利用料算定に必要な情報の提供を税務当局に求めることがあります。
2. 申請書等に記載した事項について、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
3. 施設型給付費・地域型給付費は申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
4. 翌年4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、利用申請締め切り日までに提出された支給認定申請については、翌年3月までに認定します。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

令和 年 月 日

保護者(申請者)氏名

申請児童	氏 名	生 年 月 日	性別	出生順位	障害者・療育手帳 特別児童扶養手当 の受給の有無
	(フリガナ) -----	年 月 日生 R8.4.1現在()歳	男・女	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	有 ・ 無
保護者 (申請者)	現住所	アパート・建物名 ()			
	令和7年1月1日現在の住所 (父・母)	(父) <input type="checkbox"/> 田布施町内 <input type="checkbox"/> 田布施町外 (母) <input type="checkbox"/> 田布施町内 <input type="checkbox"/> 田布施町外	} 令和7年1月1日現在の居住地 (自治体名)をご記入ください。 ()		
	日中の連絡先(電話番号) ※確実に連絡のとれる順に記入してください。				
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他	③

申請児童以外の同居者	氏 名	性別	児童との続柄	生 年 月 日	勤務先・学校名等	要介護認定又は障害者手帳等
		男	父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		女	母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
※職権確認同意 (個人番号)	(申請者)氏名			ひとり親の場合 その理由	<input type="checkbox"/> 離別・死別・未婚 <input type="checkbox"/> 別居(年 月頃から)	

