

施設型給付費・地域型保育給付費 教育・保育給付認定申請書

令和 年 月 日

(宛先)前橋市長

申込者 _____ 印

※自署の場合は印は不要です。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。また、前橋市が、教育・保育給付認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や、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請に係る 小学校就学前子ども	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	(フリガナ)	H・R 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒			
	(連絡先)			
保育の希望	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等を併願する場合は、別途申込み)(※)		

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(以下同じ)

①世帯の状況(本人以外)

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先名称 又は学校名、 保育施設名等	備考
保護者	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		
申請児童の 同居家族	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		
	(フリガナ)		年 月 日生	男・女		
生活保護適用の有無		適用無し ・ 適用有り (年 月 日 保護開始)				

※児童と父又は母の住所が異なる場合や生活が別の場合、その状況を記入してください。

死別・離婚・行方不明・単身赴任・未婚・離婚前提の別居・その他()	左記の状況となった日:	年 月 日	
該当者氏名	生年月日	年 月 日	住所

②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	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由

マイナンバーを提供します。

父マイナンバー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
母マイナンバー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
子マイナンバー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※マイナンバーを提供されない場合、番号制度による
情報連携を行わないため、課税証明等の提供を
求める場合があります。

記入上の注意

この認定申請書は、次の点に注意して記入のうえ、前橋市役所子育て施設課(施設(事業者))を経由して提出する場合は、利用を申し込んだ施設)に提出してください。なお、2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いて下さい。

- 1 「申請児童」の欄は、「氏名」にフリガナを付し、「性別」の欄の該当するものを○で囲んでください。また、「障害者手帳の有無」欄は、申請児童に係る障害者手帳(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等)の有無について、該当するものを○で囲んで下さい。
- 2 「保護者住所・連絡先」欄の連絡先については、連絡先が複数ある場合は、連絡のつきやすい順に全て記入してください。
- 3 ①「世帯の状況」の欄は、申請児童の保護者及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」の欄の該当するものを○で囲んで下さい。また、児童と父又は母の住所が異なる場合や生活が別の場合には、その状況として該当するものを○で囲み、「その他」の場合には()内に詳細を記入してください。
- 4 ②「利用を希望する期間」の欄は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設(事業者)の利用を希望する期間を記入して下さい。
- 5 ②「利用を希望する施設(事業者)名」の欄は、入園する施設名を記入してください。

※市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定番号
可 ・ 否 (否とする理由)	
年 月 日認定	
入所の可否	利用期間
可 ・ 否 (否とする理由)	自 年 月 日
<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型	至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園	
<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)	
備 考	

※施設記載欄(施設(事業者))を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名	
連絡先	
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	