

次のとおり、施設型給付費・地域型保育費に係る教育・保育給付認定を申請し、入園申込みします。また、下記事項に同意します。

- 独立行政法人日本スポーツ振興センターに加入すること
- 町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な事項を照会すること。また、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

下記の「保護者代表者」に記入した方の署名をお願いいたします

1. 申請児童

申請児童	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	障がい者 手帳 療育手帳					
	ふじみ はなこ		個 人 番 号									
	富士見 花子		令和〇年 〇月 〇日									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
希望する認定区分	☐ 1号	☐ 預かり保育を希望する (別途申込が必要)		児童が満3歳以上で、保育が必要な事由								
	☐ 2号	☐ 短時間		希望する認定区分に「保育が必要な事由」に該当し、短時間を超える保育を希望する場合								
		☐ 標準時間		希望する認定区分に「保育が必要な事由」に該当し、短時間を超える保育を希望する場合								
	☒ 3号	☐ 短時間		満3歳未満で「保育が必要な事由」に該当し、8時間(8:00~16:00)の保育を希望する場合								
	☒ 標準時間		満3歳未満で「保育が必要な事由」に該当し、短時間を超える保育を希望する場合									
利用する曜日			☒ 平日のみ ☐ 平日及び土曜日									
利用する時間			8時 00分 ~ 17時 30分									

2. 保護者

①の欄に記載された保護者を、保護費等の支払口座は、保護者代表者は代表者の宛名で発送します。

氏 名	(ふりがな) 氏 名		続柄	個人番号		連絡先 ※優先的に使用する連絡先の カッコ内に○をつけてください。	保育を必要とする理由
	ふじみ たろう			平成〇年〇月〇日			
	富士見 太郎			1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
氏 名	(ふりがな) 氏 名		続柄	個人番号		連絡先 ※優先的に使用する連絡先の カッコ内に○をつけてください。	保育を必要とする理由
	ふじみ すずこ			平成〇 年〇月〇日			
	富士見 鈴子			1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
住所	〒399-0214 富士見町落合〇〇番地××				役場からの連絡等の際に優先的に使用する番号に○をつけてください		行政区 富原

3. 利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	令和 8 年 4 月 1 日 から	☒ 小学校就学前まで
		☐ 年 月 日まで
利用を希望する施設名	第1希望: 〇〇保育園	利用を希望する保育園及び利用希望期間を記入してください
	第2希望: ××保育園	
	第3希望: △△保育園	

備考欄

4. 保護者以外の同居する家族

(ふりがな) 氏 名	児童 との続柄	生 年 月 日	学校名、勤務先等
ふじみ やまお	祖父	昭和〇 年 〇月 〇日	〇〇株式会社
富士見 山男			
ふじみ やまこ	祖母	昭和〇 年 〇月 〇日	×× 富士見店
富士見 山子			
ふじみ けんた	兄	平成〇 年 〇月 〇日	富士見小学校
富士見 健太			
	利用する児童、保護者以外の同居する家族について記入してください		
		年 月 日	
		年 月 日	

それぞれに該当する場合は、○及び
チェックをしてください

5. その他

ひとり親世帯等適用の有無	無 有 ☒ ひとり親世帯 ☐ 在宅障がい児(者)のいる世帯
生活保護適用の有無	無 有 (年 月 日から)

*町記載欄