<新制度移行幼稚園または認定こども園利用>

子どものための教育・保育給付認定(変更)申請書

(宛先)舟橋村長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る子どものための教育・保育給付の認定(変更)を申請します。
また、村が支給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し、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。

申請日	年　月　日

申請者(保護者)	フリガナ		住所	〒　ー 舟橋村
	氏名			
	日中の連絡先(電話番号)　※確実に連絡の取れる順に記入してください。			
	①　自宅 ／勤務先 父携帯／母携帯		②　自宅 ／勤務先 父携帯／母携帯	

児童	フリガナ		生年月日	年齢	性別
	氏名		年　月　日	2019年4月1日現在 才	□男 □女
	個人番号				

保育の希望の有無※	□有:保護者の労働・疾病等の理由により、保育所等での保育の利用を希望(幼稚園等と併願の場合を含む) ⇒以降の項目**すべて**記入してください。
	□無:幼稚園等の利用を希望(保育所等との併願の場合を除く) 【希望する幼稚園等の名称】＿＿＿＿＿＿ ⇒以降の項目**表面のみ**記入してください。

※「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。

申請児童の同居者(認定申請児童以外の世帯員)	フリガナ 氏名 個人番号	性別	児童との続柄	生年月日	就労・通学・通園先	備考
		□男 □女		年　月　日		
		□男 □女		年　月　日		
		□男 □女		年　月　日		
		□男 □女		年　月　日		
		□男 □女		年　月　日		
		□男 □女		年　月　日		

障害者同居の有無	障害者手帳の保有者	無・有　(児童本人・その他世帯員)
	特別児童扶養手当対象者	無・有　(児童本人・その他世帯員)　※有の場合コピー添付
	障害基礎年金等の受給者	無・有　(児童本人・その他世帯員)
ひとり親家庭	ひとり親家庭等医療費受給資格	無・有・申請中　※有の場合コピー添付
生活保護の適用	無・有　(　年　月　日 保護開始)	

[保育の希望"有"の場合は、必ず**裏面も記入**してください]