

令和5年度 桑名市施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

令和 年 月 日

桑名市長 宛

次のとおり、桑名市施設型給付費・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。

フリガナ		性別	生年月日								
申請者氏名		男 女	S・H 年 月 日								
住所	〒 ー										
個人番号											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> </tr> </table>											

フリガナ		生年月日	性別	第一希望								
申込児童氏名		H・R 年 月 日	男 女									
個人番号												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> <td style="width: 12.5%; border: 1px dotted black;"> </td> </tr> </table>												

I 世帯の状況について（入所（園）の申請に係る世帯員）※上記2名以外

上記以外の同居家族	氏名	申込児童との続柄	生年月日	性別	個人番号	電話番号 (自宅・携帯)	
				S・H・R 年 月 日	男 女		
				S・H・R 年 月 日	男 女		
				S・H・R 年 月 日	男 女		
				S・H・R 年 月 日	男 女		
				S・H・R 年 月 日	男 女		

：

：

：

：

：

：

：

：

：

：

受付印

一次	二次	途中入所

II 保育の希望の有無について

保護者の保育の 必要性	続柄	保育の利用を必要とする理由
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護等（長期入院含む） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動（起業準備含む） <input type="checkbox"/> 就学（職業訓練含む） <input type="checkbox"/> その他（理由： _____）
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障害 <input type="checkbox"/> 同居親族の介護等（長期入院含む） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動（起業準備含む） <input type="checkbox"/> 就学（職業訓練含む） <input type="checkbox"/> その他（理由： _____）
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外	

III 個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市区町村民税の情報（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。

（上記内容を確認のうえ、署名ください）保護者氏名 _____

※以下、窓口記入欄

番号確認に使用した資料 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）

本人確認に使用した資料 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他写真つき本人確認資料 （ _____ ） <input type="checkbox"/> 写真のない本人確認資料 2点以上 （ _____ ） （ _____ ）
--