

(表)

令和 年 月 日

調布市長 宛

調布市子どものための教育・保育給付 □ 認定申請書 □ 変更申請書
調布市子育てのための施設等利用給付 □ 認定申請書 □ 変更申請書

- 【申請に当たって同意していただく事項】
1 子ども・子育て支援法第16条(子育てのための施設等利用給付に係る申請)
2 申請書等に記載した内容は、給付認定や施設等利用費の支給
3 施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領
4 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要
5 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、子ども・子育て支援法の規定に基づき、次のとおり施設型給付費、地域型保育給付費、施設等利用費に係る認定を申請します。

1 基本情報
申請者 フリガナ 氏名 申請子どもとの続柄 現住所
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。
子ども申請 フリガナ 氏名 現住所 生年月日 個人番号(マイナンバー)
認定希望日の前年度1月1日現在の住所 (母親) (父親)
認定希望日の前々年度1月1日現在の住所 (母親) (父親)

2 世帯の状況
フリガナ 氏名 申請子どもとの続柄 個人番号及び生年月日 就労先・通学先・通園先又は単身赴任先 要介護認定又は障害者手帳
1 個人番号 年 月 日
2 個人番号 年 月 日
3 個人番号 年 月 日
4 個人番号 年 月 日
5 個人番号 年 月 日
6 個人番号 年 月 日

※同居者を全員記入してください。

3 保育の必要性

該当する□にレ点を付けてください。
(子から見た続柄) □父 □母 □その他
□有 (子から見た続柄) □父 □母 □その他
□無 主に幼稚園、認定こども園等の教育時間のみの利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除きます。)

<必ず裏面も記入してください。>

4 利用施設について（予定を含みます。）

フリガナ 施設名		施設の種類	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 新制度	<input type="checkbox"/> 未移行
施設の所在地	〒 -		<input type="checkbox"/> 認定 こども園	※地域型保育事業を含む。	
TEL: - -		<input type="checkbox"/> 認可 保育所等	<input type="checkbox"/> 認可外 保育施設		

※一時預かり事業（幼稚園等の預かり保育含む）、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含みます。)方は記入してください。

フリガナ 施設名	利用するサービス の種類	所在地	利用開始予定日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - TEL: - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業	〒 - TEL: - -	年 月 日