

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)は同法第30条の3において準用する同法第16条の規定による給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
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その他施設における給食費等の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者へ提供することがあります。
3 施設等利用費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
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するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第20条第6項及び同法第30条の5第5項の規定により、最長で利用開始日の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
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 調布 タロウ 氏名 調布 太郎 申請子どもとの続柄 父 現住所 調布市小島町2-35-1
日中の連絡先(電話番号) 080-△△△△-0000
子ども申請 フリガナ 調布 キタロウ 氏名 調布 鬼太郎 現住所 調布市小島町2-35-1 生年月日 令和4年6月17日
認定希望日の前年度1月1日現在の住所 (母親) 現住所と同じ。 (父親) 長野県下高井郡木島平村往郷914-6

2 世帯の状況
(生計の中心者の番号に○を付けてください)
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 調布 タロウ 父 昭58年6月1日 ○△株式会社 □有
2 調布 ハナコ 母 昭59年3月2日 ××株式会社 □有
3 調布 ミライ 姉 令和2年5月7日 □有
4 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 有
5 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 有
6 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 有

3 保育の必要性
該当する□にレ点を付けてください。
保育の必要性の有・無
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を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。>

(裏)

4 利用施設について(予定を含みます。)

フリガナ 施設名	マルマルホイクエン <b>〇〇保育園</b>	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	〒 - 記入不要 TEL: -		<input type="checkbox"/> 認定 こども園	
			<input checked="" type="checkbox"/> 認可 保育所等	※地域型保育事業を含む。
			<input type="checkbox"/> 認可外 保育施設	<input type="checkbox"/> 東京都 認証保育所 <input type="checkbox"/> その他

※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