

記入した日付をお書きください

令和4年 10月 22日

申請者氏名 (連名記入)	父 習志野 太郎
	母 習志野 花子

習志野市長 宛て

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用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あたって、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。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 申請内容
- 認定希望

がある場合は、本認定の申請はできません。

以上の施設等利用給付認定の規定

ご記入の際は、楷書体ではっきりと記入してください

付属幼稚園)、特別支援学校幼稚部の子ども・子育て支援法第30条の5第1

※1. 預かり保育事業とは、私立幼稚園等が実施する預かり保育事業が、(1)平日、教員時間を含む提供時間が8時間未満または(2)年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名 ナラシノ ジロウ		性別	保護者との 続柄	障害者手帳の 有無	
	習志野 二郎		男	長男	有・無	
	生年月日 (子ども)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ※該当するものに☑	3 0 年	0 1 月	0 1 日	
	個人番号 (子ども)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1				
給付認定 保護者	(フリガナ) 氏名 ナラシノ タロウ		電話 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅:000 (000 ) 0000 <input type="checkbox"/> 父:000 (0000 ) 0000 <input type="checkbox"/> 母:000 (0000 ) 0000 ↑優先の連絡先に☑をしてください。		
	習志野 太郎					
	生年月日 (保護者)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ※該当するものに☑	0 2 年	1 0 月	1 0 日	
	個人番号 (保護者)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0				
	住 所	〒275-8601 習志野市鷺沼2-1-1				
	R5. 1. 1時点の居住地 ※上記住所と異なる場合のみ	父: 母:				
R4. 1. 1時点の居住地 ※上記住所と異なる場合のみ	父:習志野市鷺沼1-8-24 母:習志野市鷺沼1-8-24					

※記載のある保護者に通知を送ります。※すでに給付認定を行ったことがある方は、原則、従前の保護者宛となります。

※裏面も記入してください。

(表面)

【市記載欄】

施設コード						
認定区分	1号認定	2号認定	3号認定	○ 新1号認定	新2号認定	新3号認定
処理者	認定期間	年 月 日	~	小学校就学前	年 月 日	

① 世帯の状況(申請児童を除き、同居者全員を記入してください。 ※単身赴任等含む)

区分	(フリガナ) 氏名	児童との 続柄	生年月日		職業、学校名、 単身赴任等	障害者手帳の 有無
			個人番号			
申請児童の 世帯員	ナラシノ タロウ	父	平成2年 10月 10日生		会社員	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	習志野 太郎		個人番号:012345678910			
	ナラシノ ハナコ	母	平成2年 2月 2日生		会社員	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	習志野 花子		個人番号:987654321098			
	ナラシノ ヨシコ	姉	平成23年 5月 1日生		習志野小学校	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	習志野 よし子		個人番号:123456789101			
				年 月 日生		有・無
				個人番号:		
			年 月 日生		有・無	
			個人番号:			
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	生活保護の適用 の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし	<input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)

② 利用する(予定含む。)幼稚園・特別支援学校を記入してください。

フリガナ	ナラシドヨウチエン	所在地	〒 275 - 0014 TEL 000 ( 000 )0000
施設名	ナラシド幼稚園	所在地	習志野市鷺沼1-1-1
		利用開始希望日 (認定希望日)	令和 5年 4月 1日

(裏面)

施設の利用を開始する日付(手続き上の  
入園(所)日)を記入してください。