

※認定番号	施設型給付費・地域型保育給付費等 給付認定申請書 兼 幼稚園・保育所(園)・認定こども園・ 地域型保育施設 入所(園)申込書				入所施設名 幼稚園・保育所(園)・ 認定こども園	
令和 年 月 日 ふじみ野市長 宛て 次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等 給付認定を申請します。また、入所(園)の希望を 申し込めます。 保育料の算定に際し、保護者及びその世帯の市税 について職員が閲覧することを承認いたします。	住所	ふじみ野市				
	氏名					
	電話	自 宅	()			
		父 携帯	()			
		母 携帯	()			
申請児童	氏 名	生 年 月 日		性別	備 考	
	(ふりがな)	(平成・令和) 年 月 日生 4/1現在年齢 歳 月		男・女		
保育の希望の有無 ○で囲んでください	有 : 保育所等において保育の利用を希望する場合(2号または3号認定申請) 有 : 保育所等及び幼稚園等を併願する場合(1号または2号認定申請) 無 : 幼稚園等において教育の利用を希望する場合(1号認定申請) ※「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、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。					
児童と同居する世帯員	氏 名	続柄	生年月日	性別	職業・学校・施設名・クラス等	備 考
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護の状況	適用なし 適用あり(年 月 日保護開始) ※受給者証の写し添付が必要					
ひとり親家庭医療費	適用なし 適用あり ※受給者証の写し添付が必要					

※世帯員については、同一建物・敷地内に住む方全員をご記入ください。

裏面へつづく

(裏)

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> DV等 <input type="checkbox"/> その他() 具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況などを記入してください。↓)	
	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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> DV等 <input type="checkbox"/> その他() 具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況などを記入してください。↓)	
利用を希望する曜日及び時間	利用曜日 (○で囲む)	利用時間	
	月・火・水・木・金・土	平日: 時 から 時 まで 土曜: 時 から 時 まで()	
利用を希望する施設名	第1希望	「希望別紙」に、希望する施設の施設番号を記入してください。 施設番号は、「施設番号表&保育所マップ」で確認してください。	
	第2希望		
	第3希望		
	第4希望		
	第5希望		
第6希望	理由		
利用を希望する期間	令和 年 月 1日 から	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 末日まで <input type="checkbox"/> 3歳の誕生日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学まで	

★幼稚園等記載欄 (幼稚園等を経由して市へ提出する場合)

受付年月日 年 月 日

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名・連絡先	担当者 連絡先
入所契約の有無	有 (令和 年 月 日 契約) ・ 無
備考	