

施設型給付費・地域型保育給付費教育・保育給付認定申請書  
（2号・3号認定用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

私はこの申請から教育・保育給付認定期間終了までの間、次に掲げる事項について、同意します。

- ・市町村が教育・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）並びに世帯情報を閲覧及び取得すること
- ・上記情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費の徴収免除に係る事項について、教育・保育施設等に対して提示すること
- ・利用調整及び入所決定時、運営上必要と認められる情報を教育・保育施設等に提供する場合があること
- ・申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定及び利用決定等を取り消すことがあること

以上の事項に同意し、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定申請をします。

利用施設名				施設 受付日	年 月 日
保 護 者	フリガナ			電 話	自宅
	氏 名				携 帯
	現住所	〒 浜松市 区			
	令和 年 1月 1日現在の住所 (現住所と同じ場合は同上と記入)				

認 定 申 請 児 童	個人番号（マイナンバー）						
	フリガナ				性 別	生 年 月 日	障害者手帳の有無
	氏 名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	有・無

認 定 申 請 児 童 以 外 の 同 居 家 族	フリガナ 氏 名	児童と の続柄	生年月日	勤務先、学校 等の名称	障害者手帳 の有無
	個人番号（マイナンバー）		父	・ ・	
個人番号（マイナンバー）		母	・ ・		有・無
			・ ・		有・無
			・ ・		有・無
			・ ・		有・無

※単身赴任等で児童と同居していないが、生計を共にする方がいる場合は記入してください。

続柄	氏名	生年月日	現住所
		年 月 日	

ひとり親家庭の 場合その理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居（離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------------	--

生活保護の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日）開始
---------	--

利 用 希 望 内 容	期 間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 満3歳に到達する年度末まで <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで
	曜 日	<input type="checkbox"/> 平日（月～金） <input type="checkbox"/> 曜日ごと（ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土）
	保育時間	午前 時 分 から 午後 時 分 まで
	保育認定時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（最長11時間）を希望する <input type="checkbox"/> 保育短時間（最長8時間）を希望する

記載内容の 変更予定について	
-------------------	--

