

施設型（特例施設型、地域型保育、特例地域型保育）給付費教育・保育給付認定申請書
(1号認定用)

函南町長 仁科 喜世志 様

申請日 年 月 日

保護者氏名

次のとおり申請します。

申請に係る 児童	ふりがな 氏名	生年月日	R6年4月1日現在	性別	障害者手帳の有無
				男・女	有・無
児童個人番号		年 月 日生	歳		
保護者住所	函南町 アパート・マンションの名称、部屋番号まで記入してください。				
令和6年1月1日 時点の住所	都道 府県	市 町村	令和7年1月1日 時点の住所	都道 府県	市 町村
保護者連絡先	自宅	父(携帯)	母(携帯)		
保護者個人番号	父	母			

1世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	児童との 続柄	生年月日	同居 別居	性別	勤務先名または 学校名、園名等
児童の世帯員			年 月 日	同・別	男・女	
			年 月 日	同・別	男・女	
			年 月 日	同・別	男・女	
			年 月 日	同・別	男・女	
			年 月 日	同・別	男・女	
			年 月 日	同・別	男・女	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護 <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止)				
障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名 () 種類 () 等級・程度 ()				
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 : 年 月 日から 理由 : <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 (調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()				