

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	氏 名	生年月日	88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7年1月1日 時点の住所	都道 市 府県 町村	令和8年1月1日 時点の住所	都道 市 府県 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	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		☐ 適用なし ☐ 適用あり（ 年 月 日保護 ☐ 開始 ☐ 停止）				
障害者手帳の有無		☐ 無 ☐ 有⇒ 氏名（ ）種類（ ） 等級・程度（ ）				
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 ： 年 月 日から 理由： ☐ 死別 ☐ 離婚 ☐ 別居（調停 ☐ 有 ☐ 無） ☐ その他（ ）				