

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 令和 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（和暦）	89年4月1日現在	性 別	障害者手帳の有無
		令和 年 月 日生	歳	男・女	有・無
児童個人番号					
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8年1月1日 時点の住所	都道 市 府県 町村	令和9年1月1日 時点の住所※1	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 ※2	父		母		

1世帯の状況

区分	氏 名	申請児童 との続柄	生年月日（和暦）	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（ ）				

※1、令和8年12月31日にまでに申請する場合は記載不要です。
※2、令和8年1月1日以降に函南町に転出した場合のみ記載してください。