

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
(2・3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	令和8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。				
R7年1月1日 時点の住所	都道 府県	市 町村	R8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	氏 名	児童との 続柄	生年月日	令和8年 4月1日 年齢	同居 別居	性 別	令和7年度 勤務先・学校名等	在宅 障害者 該当※2
児 童 の 世 帯 員			年 月 日		同・別	男・女		有・無
			年 月 日		同・別	男・女		有・無
			年 月 日		同・別	男・女		有・無
			年 月 日		同・別	男・女		有・無
			年 月 日		同・別	男・女		有・無
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）						
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） ☐ 未婚 ☐ その他（ ）						

※2「在宅障害者該当」欄には、次のいずれかに該当する場合、有に未をし、該当する手帳等の写しを添付してください。

ア 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に定める身体障害者手帳の交付を受けている。

イ 療育手帳制度要覧（昭和48年9月27日付厚生省発児第156号）に定める療育手帳の交付を受けている。

ウ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）に定める特別児童扶養手当の支給対象児及び国民年金法（昭和34年法律第141号）に定める国民年金の障害年金の受給者である。

2 利用を希望する施設名、希望する期間等

利用を希望する施設名	施設名		継続・新規		
	第1希望		継続・新規		
	第2希望		継続・新規		
	第3希望		継続・新規		
利用を希望する期間		年 月 日 から 年 月 日まで			
利用希望曜日		利 用 希 望 時 間			
☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土		時 分 から 時 分 まで			
延長保育の有無	【有 ・ 無】	幼稚園等※3との併願	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 園名（ ）		

※3「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

裏面も記入してください。⇒

3 保育の利用を必要とする理由等

続柄		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ その他（ ）
続柄	理由	☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ その他（ ）
備考	上記以外で特筆すべき理由がある場合は下記にご記入をお願いします。	

4 税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な世帯情報等を閲覧することに同意します。

保護者氏名 _____