

支給認定申請書兼保育施設等利用申込書(児童台帳)(1号認定用)

太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

川内村長 様

子ども・子育て支援法第19条第1項第1号に掲げる小学校就学前子どもの保護者として、支給認定を次のとおり申請します。  
 利用者負担額算定のため保護者及び扶養義務者の村県民税課税状況について川内村が確認することに同意します。  
 (同意の上、世帯員の承諾印欄に押印してください。)  
 ※提出書類の内容に虚偽があった場合は、支給認定及び利用決定等を取り消すことがあります。

保護者	現住所				
	フリガナ氏名	(印)			
	電話番号	自宅	—	—	—
		職場	父	—	—
			母	—	—
		携帯	父	—	—
母	—		—		

認定の対象となる子どもの氏名	フリガナ	性別	生年月日	認定を希望する期間	
		男・女	平成 令和 年 月 日	開始	令和 年 月 日
				終了	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校入学前まで
利用希望施設	第1希望 かわうち保育園				

利用希望者以外の家族構成等について

フリガナ氏名	子どもとの続柄	性別	生年月日	承諾印	職業(勤め先)・学校等	備考
	父	男・女	年 月 日	(印)		
	母	男・女	年 月 日	(印)		
		男・女	年 月 日	祖父母の場合 (印)		
		男・女	年 月 日	祖父母の場合 (印)		
		男・女	年 月 日	課税状況 確認同意欄 (同意のない場合は、課税 状況を証する 書類を添付し てください。)		
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
生活保護の適用			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、担当者氏名( )		
同居する障がい児(者)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、その者の氏名( )		
児童扶養手当の受給(母子・父子)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

祖父母の状況

父方	祖父	氏名	年齢	才	住所	職業	健康状態
		祖母	氏名	年齢	才	住所	職業
母方	祖父	氏名	年齢	才	住所	職業	健康状態
		祖母	氏名	年齢	才	住所 <td>職業</td> <td>健康状態</td>	職業