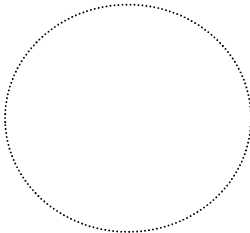


施設型給付費・地域型保育給付費等
教育・保育給付認定申請書兼利用申込書

三郷町長 様
（誓約及び同意書）

年 月 日

- ①申請書類の内容が実態と異なる場合は、教育・保育給付認定又は幼稚園等の利用の決定を取り消されても異議ありません。
- ②町が教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。
- ③教育・保育給付認定・利用調整及びその後の手続きに必要な情報について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。
- 以上の各事項について誓約し及び同意の上、施設型給付費に係る教育・保育給付認定（変更）申請及び幼稚園等利用申込をします。



受付

保護者	現住所	三郷町	電話番号 (優先的に使う連絡先に☑を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 自宅	
	氏 名			<input type="checkbox"/> 携帯(父)	
				<input type="checkbox"/> 携帯(母)	

特定教育・保育施設の利用調整について、次のとおり申し込みます。

利用希望施設名					
利用を希望する期間	年	月	日	から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで

世帯構成：父母及び同居の人全員（世帯分離している人も含む）について記載して下さい。

区分	氏名	児童との続柄	性別	生年月日	勤務先／通学先等
申請に係る児童	(フリガナ)				
	①	本人	男・女	年 月 日	
児童の世帯員（同居の方全員）	②		男・女	年 月 日	
	③		男・女	年 月 日	
	④		男・女	年 月 日	
	⑤		男・女	年 月 日	
	⑥		男・女	年 月 日	
該当有無	ひとり親世帯	有 ・ 無		生活保護受給	有 ・ 無

■申請に係る児童の世帯員（同居の人全員）の個人番号

	児童との続柄	個人番号（12桁）		児童との続柄	個人番号（12桁）
①	本人	— —	④		— —
②		— —	⑤		— —
③		— —	⑥		— —

■令和7年1月2日以降に三郷町に転入の場合（保護者のみ記入）

氏名	児童との続柄	令和7年1月1日現在の住所

■別居の保護者（父・母）及びきょうだいがいる場合

氏名	児童との続柄	性別	生年月日	個人番号（12桁）												住所
		男・女	年 月 日						-					-		
		男・女	年 月 日						-					-		
		男・女	年 月 日						-					-		

以下については、三郷町立南畑幼稚園利用希望者のみご記入ください。

■入所児童の健康状態等

アレルギー	□なし □あり（ ）														
健康状態	□健康 □病気療養中（病名・症状等 ）														
障がい等	療育手帳 □なし □あり(A1・A2・B1・B2) 身体障害者手帳 □なし □あり(級)														
その他															

■世帯内の在宅障がい者

氏名	障がいの内容		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給中	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給中	
氏名	障がいの内容		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給中	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給中	