



住基		児童 番号		新規	継続	転所
----	--	----------	--	----	----	----

## 平成29年度 施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 (教育標準時間認定用)

平成 年 月 日

保護者氏名

印

(あて先)京田辺市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

① 申請に係る子どもの状況等

申請に係る 子ども	氏 名(ふりがな)		性別	生 年 月 日	障害手帳・ 療育手帳 の有無	H29年 4月1日現在 の年齢
			男・女	平成 年 月 日		
同居する 保護者の 住所	現	〒				
	前	( 年 月 転入) 〒				
連絡先 電話番号等	【第1】			個人番号		
	【第2】					
利用する幼稚園 又は 認定こども園		保育所等との併願 の有無	有・無	〈希望園名等〉		

② 世帯員の状況(子どもと同じ住所地にお住まいの方、全員(世帯分離されている方々も含む)について記入)

子どもの 世帯員	氏 名(ふりがな)	子どもと の続柄	生年月日(年齢)	性別	職業又は 学校名等	個人番号
			年 月 日生( )	男・女		
			年 月 日生( )	男・女		
			年 月 日生( )	男・女		
			年 月 日生( )	男・女		
			年 月 日生( )	男・女		
			年 月 日生( )	男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (平成 年 月 日保護開始)				
ひとり親世帯等*		該当なし ・ 該当あり				

\*ひとり親世帯等とは、生計を一にする世帯に配偶者のない者で現に児童を扶養しているもの、身体障害者手帳の交付を受けている者、療育手帳の交付を受けている者、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、特別児童扶養手当の支給を受けている者若しくは障害基礎年金を受けている者の属する世帯などをいいます。