

令和5年度子ども・子育て支援認定申請書(1号認定)

令和 年 月 日

吉野川市福祉事務所長 様

受付欄

次のとおり、子ども・子育て支援に係る認定を申請します。
 なお、市が子ども・子育て支援の認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者及び同居者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、またその情報に基づき決定した利用者負担額について、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。
 また、虚偽の申請をした場合や必要書類を提出しない場合は、認定が取消し(退園)となっても異議はありません。

(フリガナ) 児童名	(第 子)	生年月日 (和暦) ※年齢はR5.4.1現在	H 年 月 日 (歳児)	性別	男・女
(フリガナ) 保護者氏名		連絡先 (全ての保護者の方分)	①父・母・職場(父・母) ②父・母・職場(父・母) ③父・母・職場(父・母)	-	-
保護者住所	〒		転入予定の場合は、転入先住所・転入予定日記載 吉野川市 (年 月 日頃)		
R4年1月1日の住所	父	<input type="checkbox"/> 吉野川市内 <input type="checkbox"/> 吉野川市外 (都・道・府・県)	市・郡	町・村)	
	母	<input type="checkbox"/> 吉野川市内 <input type="checkbox"/> 吉野川市外 (都・道・府・県)	市・郡	町・村)	
R5年1月1日の住所	父	<input type="checkbox"/> 吉野川市内 <input type="checkbox"/> 吉野川市外 (都・道・府・県)	市・郡	町・村)	
	母	<input type="checkbox"/> 吉野川市内 <input type="checkbox"/> 吉野川市外 (都・道・府・県)	市・郡	町・村)	

世帯状況 (申請する児童を除き、生計を一にする方、同居している方及び進学等で別居する児童の兄弟姉妹等(父母が生計を維持している場合のみ)を記入してください。)

(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	年齢 R5.4.1現在	勤務先、学校又は施設名等
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
		昭・平・令 年 月 日	歳	
生活保護の適用の有無	有・無・申請中	在宅の障がい児(者)がいる世帯		該当・非該当
ひとり親	該当・非該当	「該当」の場合、「ひとり親家庭等申立書」を提出。 事実婚は非該当。別居かつ離婚調停等開始日から6か月経過以降の場合は該当。		
支給認定証の交付	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	支給認定証の発行がなくても、認定決定通知等で認定の確認はしていただけます。		

利用を希望する施設名、利用希望期間

利用を希望する施設名	利用希望期間 R 年 月 日から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> R 年 月 日まで
------------	--

申請児童の状況

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容()
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容()
特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
障害児通所受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	通所施設名() 通所頻度 ()月・週・日に()回程度
定期的な通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容()
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	内容()
その他集団生活における留意点	()	()

その他 (特記事項がある場合はご記入ください。)

--