

様式第17号（第13条関係）

特定子ども・子育て支援施設等確認申請書

年 月 日

(提出先)  
川越市長

所在地  
申請者 名称

代表者氏名 ㊟

(法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

特定子ども・子育て支援施設等の確認を受けたいので、子ども・子育て支援法第58条の2の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

設置主体	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 国立大学法人 <input type="checkbox"/> 公立大学法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他法人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人以外 <input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 任意団体			
フリガナ				
施設等の名称				
施設等の種類	<input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚部 <input checked="" type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業（在園児を対象） <input type="checkbox"/> 一時預かり事業（在園児以外を対象） <input type="checkbox"/> 病児保育事業 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動支援事業			
施設等の所在地 及び連絡先	<del>(郵便番号)</del> 電話番号 <input type="text"/> ファクシミリ番号 <input type="text"/> 電子メールアドレス <input type="text"/>			
設置者等	<del>フリガナ</del>			
	法人等名称			
	主たる事務所の所在地及び 連絡先	<del>(郵便番号)</del> 電話番号 <input type="text"/> ファクシミリ番号 <input type="text"/>		
	代表者の職 名、氏名及び 生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日  年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
認可(認定)年月日	年 月 日	事業開始(予定)年月日	年 月 日	
管理者の 氏名及び生年月日	<del>フリガナ</del> 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
管理者の住所	<del>(郵便番号)</del>			

