

(表)

様式第1号(第3条関係)

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

令和 年 月 日

保護者氏名

本巢市教育委員会 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名(ふりがな) ()	生年月日 年 月 日	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
個人番号				
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先)			
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の有無	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			
支給認定証の交付	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない			

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
			個人番号				
児童の 世帯員			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り(年 月 日保護開始)						
在宅障害児(者)の有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり(手帳の写し等を添付してください)						
	ありの場合…障害児(者)氏名() <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"/> 特別児童扶養手当支給対象児 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金等受給者						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外						

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		*事業所番号

(裏)

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ (具体的な状況（勤務先住所、通勤所要時間・疾病の状況など））	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ (具体的な状況（勤務先住所、通勤所要時間・疾病の状況など））	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日	から 曜日まで	時 から 時 まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

本業市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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。

保護者氏名

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。
- 「保育所等」とは、保育園、幼児園（保育園部分）、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
- 「幼稚園等」とは、幼稚園、幼児園（幼稚園部分）、認定こども園（教育部分）をいいます。
- 「保育の希望の有無」欄について、「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。
- *印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。
- 保育所等において保育の利用を希望する場合は、状況証明書を添付してください。

*市記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否 可・否（否とする理由） 令和 年 月 日認定	認定者番号 	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短
支給（入所）の可否 可・否（否とする理由） [<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設（事業者）名 (<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

*施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号：)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	有 (契約・内定 (平成 年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備考	