

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

年 月 日

銚田市長 あて

〒311-

住所（居住地） 銚田市

保護者氏名

連絡先

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 | | 保護者との続柄 | 生年月日 | | 性別 | 障害者手帳の有無 |
|----------------|---|---------------------------------------|---------|--------|---------------------------------------|------------------------------------|----------|
| | (ふりがな) | | | 年 月 日生 | | 男・女 | 有・無 |
| 緊急連絡先 | 1 | 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 () | 2 | | | 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 () | |
| 転入日 (転入者のみ) | 年 月 日 (※令和5年1月2日以降に銚田市に転入した場合に記入してください。) | | | 認定番号 | () ※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： 幼稚園等だけを希望する場合 | | | | | | |
| 利用を希望する施設名 | 第1希望 | | 第2希望 | | 第3希望 | | |
| | | | | | | | |

(※)

- ・「保育所等」とは、保育所、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（以下同じ）。
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

①税情報等の提供に当たっての同意（ただし、市に情報がない場合には、課税証明書等の提出が必要です。）

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民税情報（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。

保護者名 _____

②世帯の状況（住民票が別でも、同居している方、単身赴任をしている方は記入してください。）

| 区分 | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業又は学校名等 | 備考 |
|------------|--------|-------------------------|--------|----|----------|----|
| 児童の世帯員 | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | | 個人番号： | |
| 生活保護の適用の有無 | | 該当なし ・ 該当あり（ 年 月 日保護開始） | | | | |
| 在宅障がい者（児） | | 該当なし ・ 該当あり（氏名 ） | | | | |
| ひとり親世帯 | | 該当なし ・ 該当あり | | | | |

※③以降は「保育の希望の有無」で、「有」を選択した方のみご記入ください。

③保育の利用を必要とする理由等（証明書類等の添付が必要です。）

| | | |
|---------------|-----------|---|
| 保育の利用を必要とする理由 | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労（育休明け）（復職 年 月 日） <input type="checkbox"/> 就労内定（ 年 月 日・入所後） ・家庭外（常勤・パート・農業・自営・派遣・その他） ・家庭内（内職・自営・その他） ・勤務時間 時 分 ～ 時 分 / 通勤時間 分（片道） ・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日 ・勤務先名 勤務地 |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 疾病（病名： 発症 年 月頃から 入院 年 月～ 年 月 通院 回） <input type="checkbox"/> 障害（障害名 手帳種類 身体・精神・療育・障害年金 級 A・B・C その他） <input type="checkbox"/> 看護・介護（対象者 続柄 病名 住所 ） |
| | | <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（ ） |
| | | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調定中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 利用を希望する期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで・ 就学前まで |
| 希望する利用曜日 | 曜日から 曜日まで | 希望する利用時間 時 分から 時 分まで（ 時間 分） |

④児童の現在の状況

| | | | |
|----------------|---|-----------------|--------------------------------|
| 1. 父母が保育している | → | A. 仕事を探している | B. 就職内定 (____年__月から) |
| | | C. 産後休暇中・育児休暇 | (____年__月__日) 明け (早め復帰・延長可) |
| 2. 祖父母等が保育している | → | (父方・母方) | (祖父・祖母・その他) |
| 3. 友人・知人に預けている | → | (氏名 | /住所) |
| 4. 仕事に同伴している | → | (同伴している人 | / 父・母・祖父・祖母・その他) |
| 5. 施設利用 | → | 現在利用している施設の名称 (|) 利用日数 (週__日) |
| | → | 利用を開始した年月 (| ____年__月～) 利用料金 (月額__円) |
| 6. その他 | (|) | |

⑤きょうだい(就学前児童)の現在の状況(きょうだいがいる場合のみ記入)

| | | | |
|----------------|---|-----------------|--------------------------------|
| 1. 父母が保育している | → | A. 仕事を探している | B. 就職内定 (____年__月から) |
| | | C. 育児休暇・産後休暇中 | (____年__月__日) 明け (早め復帰・延長可) |
| 2. 祖父母等が保育している | → | (父方・母方) | (祖父・祖母・その他) |
| 3. 友人・知人に預けている | → | (氏名 | /住所) |
| 4. 仕事に同伴している | → | (同伴している人 | / 父・母・祖父・祖母・その他) |
| 5. 施設利用 | → | 現在利用している施設の名称 (|) 利用日数 (週__日) |
| | → | 利用を開始した年月 (| ____年__月～) 利用料金 (月額__円) |
| 6. その他 | (|) | |

⑥祖父母の状況(状況により証明書類等の添付が必要です。)

| | | | | |
|-------------|-------------|----------------------|---|-------------|
| 父方 | 祖父 () 歳 | 氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別 | | |
| | | ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日 | |
| | | ②疾病 | 病名: | 診療機関名: |
| | | | 入院・外来: 年 月～ | 外来回数: 週・月 回 |
| | | ③看護・介護 | 対象者名: | 対象者住所: |
| | 児童との続柄: | | 理由(病名等): | |
| | ④その他 | 理由(具体的に): | | |
| | 祖母 () 歳 | 氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別 | | |
| | | ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日 | |
| | | ②疾病 | 病名: | 診療機関名: |
| 入院・外来: 年 月～ | | | 外来回数: 週・月 回 | |
| ③看護・介護 | | 対象者名: | 対象者住所: | |
| | 児童との続柄: | 理由(病名等): | | |
| ④その他 | 理由(具体的に): | | | |
| 母方 | 祖父 () 歳 | 氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別 | | |
| | | ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日 | |
| | | ②疾病 | 病名: | 診療機関名: |
| | | | 入院・外来: 年 月～ | 外来回数: 週・月 回 |
| | | ③介護・看護 | 対象者名: | 対象者住所: |
| | 児童との続柄: | | 理由(病名等): | |
| | ④その他 | 理由(具体的に): | | |
| | 祖母 () 歳 | 氏名 (別居の場合は住所) 死別・離別 | | |
| | | ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日 | |
| | | ②疾病 | 病名: | 診療機関名: |
| 入院・外来: 年 月～ | | | 外来回数: 週・月 回 | |
| ③介護・看護 | | 対象者名: | 対象者住所: | |
| | 児童との続柄: | 理由(病名等): | | |
| ④その他 | 理由(具体的に): | | | |

※裏面の記入上の注意, 留意事項をご確認ください。

(記入上の注意)

- ・同世帯で2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。
- ・「①税情報等の提供に当たっての同意」は、記載内容を確認のうえ、記名してください。

(留意事項)

- ・申請書等に記載した事項については、教育・保育の運営等に必要と認められる場合に、特定教育・保育施設等に情報提供することがあります。
- ・保育の必要性の該当事由により、希望する認定が受けられない場合や、利用期間及び利用時間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

*市記載欄

| | |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | | |
|---|-------|---|
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| 可 ・ 否 (否とする理由) 年 月 日認定 | | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 教育・保育給付 (入所) の可否 | | 教育・保育給付 (利用) 期間 |
| 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] | | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| 入所施設 (事業者) 名 | | |
| 入所施設名 (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) 〕 | | |

*施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市に提出する場合)

| | |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 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 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無 |
| 備 考 | |