様式第１号（第４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**

年　　月　　日

　鉾田市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒３１１－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（居住地）　鉾田市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 個人番号 | | |  | | |
| 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日以降に鉾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 | | □就労　□就労（育休明け）（復職　　　　年　　月　　日）　□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 | | | |
| □疾病（病名：　　　　　　　　　発症　　年　　月頃から　入院　　年　　月～　　年　　月　通院　　回）  □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）  □看護・介護（対象者　　　　　　　　　続柄　　　　病名　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □災害復旧　　□求職活動　　□就学　　□育児休業　　□その他  　具体的な状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □死亡　　□離婚　　□未婚　　□調定中　　□単身赴任　　□別居　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 母 | | □就労　□就労（育休明け）（復職　　　　年　　月　　日）　□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 | | | |
| □疾病（病名：　　　　　　　　　発症　　年　　月頃から　入院　　年　　月～　　年　　月　通院　　回）  □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）  □看護・介護（対象者　　　　　　　　　続柄　　　　病名　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □災害復旧　　□求職活動　　□就学　　□育児休業　　□妊娠・出産　　□その他  　具体的な状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □死亡　　□離婚　　□未婚　　□調定中　　□単身赴任　　□別居　　□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 |  | □１号　□２号　□３号  　　　　（□標　□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）  　[□施設型　□地域型　□特例施設型　□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □認定こども園（□連　□幼（□幼 □保）　□保（□保 □幼）　□地（□幼 □保））  □幼稚園　□保育所　□地域型（□小 □家 □居 □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 |  |