

## 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      |
| 緊急連絡先          | 1   | 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他<br>( ) | 2    |                                       | 父携帯・母携帯<br>父勤務先・母勤務先<br>自宅・その他 ( ) |          |
| 転入日<br>(転入者のみ) | 年 月 日<br>(※令和6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 | ( )<br>※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。）<br>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）<br>・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）<br>・勤務時間 時 分 ～ 時 分 / 通勤時間 分（片道）<br>・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日<br>・勤務先名 勤務地 |           |
|               |   | <input type="checkbox"/> 疾病（病名： 発症 年 月頃から 入院 年 月～ 年 月 通院 回）<br><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）<br><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<br>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（ ）                            |           |
|               | 母 | <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）<br>・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）<br>・勤務時間 時 分 ～ 時 分 / 通勤時間 分（片道）<br>・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日<br>・勤務先名 勤務地 |           |
|               |   | <input type="checkbox"/> 疾病（病名： 発症 年 月頃から 入院 年 月～ 年 月 通院 回）<br><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）<br><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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他<br>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 |

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<br>( ) 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<br>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<br>( ) 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<br>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<br>( ) 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<br>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<br>( ) 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<br>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)<br>年 月 日認定   |       | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <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)<br>[ <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<br>至 年 月 日  |
| 入所施設 (事業者) 名  |       |   |
| 入所施設名 (事業者) 名 ( )<br>( <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))<br>( <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<br>連絡先      | (担当者)<br>(連絡先)                 |
| 入所契約 (内定) の有<br>無 | 有 ( 契約・内定 ( 年 月 日契約 (内定))) ・ 無 |
| 備 考               |                                |