

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
			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8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	性別	職業又は学校名等	備考
児 童 の 世 帯 員	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	個人番号：	
	(ふりがな)		年 月 日生		男・女	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）					
在宅障害者（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 ・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（ ）	
		☐ 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 ・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	☐ 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

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 日から)
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	()		

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 日から)
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、署名・捺印してください。

(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)
支給 (入所) の可否		支給 (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	