

## 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2年10月28日

銚田市長 あて

〒311-1592

住所（居住地） 銚田市銚田1444-1

保護者氏名 保育 太郎

印

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る小学校就学子ども	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) ほいく ほこた 保育 ほこた	子	平成30年10月11日生	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	男・女	有・無
緊急連絡先	1 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	父携帯 母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 ( )	2 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	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2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	( ) ※既に支給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			
	〇〇保育園	△△保育園	□□保育園			

(※)

- 「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 保育 太郎

印

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
同居していない「きょうだい」がいる場合は記入してください。	(ふりがな) ほういく たろう 保育 太朗	父	昭和49年1月1日生	46	会社員 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな) ほういく さくら 保育 さくら	母	昭和50年2月2日生	45	求職活動 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな) ほういく ひまわり 保育 ひまわり	姉	平成20年3月3日生	12	〇〇小学校 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな) ほういく たいちろう 保育 太一郎	兄	平成10年4月4日生	22	〇〇大学 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな) ほういく いちろう 保育 一朗	祖父	昭和23年5月5日生	72	農業 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな) ほういく はなこ 保育 花子	祖母	昭和23年6月6日生	72	農業 個人番号：〇〇〇〇〇〇〇	
	(ふりがな)		年 月 日生		個人番号：	
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="radio"/> 該当なし ・ <input type="radio"/> 該当あり ( 年 月 日保護開始)				
在宅障害者（児）		<input checked="" type="radio"/> 該当なし ・ <input type="radio"/> 該当あり (氏名 )				
ひとり親世帯		<input checked="" type="radio"/> 該当なし ・ <input type="radio"/> 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 checked="" 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 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 8時 30分 ~ 17時 30分 ・ 勤務日数 1月あたり 20日 1週間あたり 5日 ・ 勤務先名 株式会社〇〇〇〇 勤務地 〇〇市〇〇〇1-2-3
	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）
	父	<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（ ）
	母	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" 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 具体的な状況（ <b>保育所の入所が決まってから求職活動を行う予定</b> ）
利用を希望する期間		令和 3年 4月 1日から 年 月 日まで・ <input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで
希望する利用曜日	月曜日から 金曜日まで	希望する利用時間 8時30分から16時30分まで（ 8時間00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 (72) 歳	氏名 <b>保育 一郎</b> (別居の場合は住所 _____) 死別・離別
		①就労 常勤・パート・ <b>農業</b> ・自営・派遣・内職・その他 ( _____ ) 無職 平均就労日数・時間 <b>6日/週 8時間/日</b>
		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 (72) 歳	氏名 <b>保育 花子</b> (別居の場合は住所 _____) 死別・離別
		①就労 常勤・パート・ <b>農業</b> ・自営・派遣・内職・その他 ( _____ ) 無職 平均就労日数・時間 <b>6日/週 8時間/日</b>
		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 (69) 歳	氏名 <b>役所 太郎</b> (別居の場合は住所 <b>〇〇市〇〇〇2-1</b> ) 死別・離別
		①就労 常勤・ <b>パート</b> ・農業・自営・派遣・内職・その他 ( _____ ) 無職 平均就労日数・時間 <b>4日/週 6時間/日</b>
		②疾病 病名: <b>〇〇〇〇〇</b> 診療機関名: _____ 入院・ <b>外来</b> : <b>平成27年 5月～</b> 外来回数: <b>(週)・月 1回</b>
		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 (68) 歳	氏名 <b>役所 花子</b> (別居の場合は住所 _____) 死別・離別
		①就労 常勤・ <b>パート</b> ・農業・自営・派遣・内職・その他 ( _____ ) 無職 平均就労日数・時間 <b>5日/週 6時間/日</b>
		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。

