

記入見本 記入漏れがないようにお願いします。

提出日を記入。

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

令和〇年〇月〇〇日

保護者氏名 子育 一男

川島町長様
(管理者様)

保護者名を記入してください。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・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	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな) こそだて たろう 子育 太郎	〇〇年〇月〇日生	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	(住所) 埼玉県比企郡川島町大字下八ツ林870番地1 (連絡先) 049-297-1811 (自宅) 777-7777-7777 (父携帯) 888-8888-8888 (母携帯)			
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下さい。			
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除く) 自宅・保護者の電話番号を記入してください。 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)			

(※)

- 「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。
- 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び

世帯全員の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

①世帯の状況

区分	世帯分離に関係なく、同居している家族全員を記入してください。	生年月日 S・H・R (大正・昭和・平成・令和)	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	個人番号 (マイナンバー) (世帯全員記入)	
児童の世帯員	(ふりがな) こそだて かずお 子育 一男	父	昭和〇〇年8月8日生	男・女	会社員	有・無	1234-5678-9012
	(ふりがな) こそだて はなこ 子育 花子	母	昭和〇〇年7月7日生	男・女	パート	有・無	1234-5678-9013
	(ふりがな) こそだて つきこ 子育 月子	姉	平成〇〇年6月6日生	男・女	川島小学校1年	有・無	1234-5678-9014
	(ふりがな) こそだて ゆきこ 子育 雪子	祖母	昭和〇〇年9月9日生	男・女	無職	有・無	1234-5678-9015
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り()						

「就学前まで」か「期限付き」のどちらかを選んでください。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から ①就学前まで ②令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 けやき保育園(希望理由) 自宅から近い	
	第2希望 さくら保育園(希望理由) 通勤途中にある	最低、第2希望まで記入してください。
	第3希望 (希望理由)	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

続柄	必要とする理由	備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など) ○○建設株式会社 8:30~17:30 月20日勤務	勤務先、就労時間、日数を記入してください。
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など) △△ホームセンター 9:30~15:30 月16日勤務	勤務時間+通勤時間を記入。就労が決まっていな場合は、無記入。
家庭の状況	どちらかに、✓を記入。 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	
希望する利用時間	利用曜日 月曜日から 金曜日まで	利用時間 午前9時から 午後4時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(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

保護者氏名 子育 一男

保護者名を記入していただき、終了です。

*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否 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)	支給(利用)期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
入所施設(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)		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 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	

(裏面)