

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定(変更)申請書(兼入所申込書)

原村教育委員会 御中

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育事業給付費に係る教育・保育給付認定(変更)を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏名 マイナンバー(個人番号)		生年月日 (入所時年齢クラス)		性別	障がい者手帳療育手帳等の有無	同時入所児童
			平成・令和 年 月 日生 (入所時年齢 歳児)		男・女	有・無	有・無
	健康状態	1. 良好 2. 健康・発達等の特記事項あり () 3. アレルギー等食事制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
住所	原村	番地	地区名	保護者連絡先	自宅 携帯(父) — — (母) — —		
認定番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。						
希望する認定区分該当箇所の□に☑して下さい。	<input type="checkbox"/> 1号 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) <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 短時間 児童が満3歳以上で「保育が必要な事由」に該当し、保育所での8時間の保育を希望する場合 <input type="checkbox"/> 標準時間 児童が満3歳以上で「保育が必要な事由」に該当し、保育所での11時間の保育を希望する場合 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短時間 児童が満3歳未満で「保育が必要な事由」に該当し、保育所での8時間の保育を希望する場合 <input type="checkbox"/> 標準時間 児童が満3歳未満で「保育が必要な事由」に該当し、保育所での11時間の保育を希望する場合						

① 世帯の状況(入所児童以外の世帯構成員を全員記入してください)

	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日 性別 マイナンバー(個人番号)	勤務先名または 学校名等	勤務先電話番号	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無
	入所児童の世帯員			S・H・R 年 月 日 男・女		
			S・H・R 年 月 日 男・女			有 ・ 無
			S・H・R 年 月 日 男・女			有 ・ 無
			S・H・R 年 月 日 男・女			有 ・ 無
			S・H・R 年 月 日 男・女			有 ・ 無

裏面へ続く

②利用を希望する期間、施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	
転入日(転入の方へ)	令和 年 月 日 (※転入の場合は、転入日または転入予定日を記入ください。)	
利用を希望する施設名・希望理由	<input type="checkbox"/> 原村保育園	(希望理由)
	<input type="checkbox"/> その他:	(希望理由)

③保育を必要とする理由等(幼稚園を希望する場合は記入不要)

保護者の労働また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ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <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) 週 日 (就労時間) 時 分~ 時 分	添付書類
該当箇所の□に☑して、必要事項を記入してください。	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(令和 年 月 日出産予定) <input type="checkbox"/> 求職活動 <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) 週 日 (就労時間) 時 分~ 時 分	添付書類
ひとり親世帯等適用の有無		有・無 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯)	
生活保護適用の有無		有・無 (平成・令和 年 月 日開始)	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月 火 水 木 金 土		時 分から 時 分まで

④税情報等の提供にあたっての署名欄

原村教育委員会が施設型給付費・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・同一生計者を含む)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。 <div style="text-align: right;">保護者氏名 _____</div>
--

原村記入欄

受付日 令和 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) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・非 (否とする理由)		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> その他:	