

教育・保育給付認定申請書兼施設(事業者)利用申請書

令和 年 月 日

横芝光町長 様

子ども・子育て支援法第20条に基づき、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を次のとおり申請し、併せて施設(事業者)の利用について申請します。なお、横芝光町が運営する施設の利用に当たっては、町が提示する重要事項説明書の内容に同意します。

保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	〒	横芝光町	
	氏名			①	居住地が市外の場合 町内転入後の住所	〒	
	※ 自署の場合は、印は不要です。				日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入してください。		生年月日
	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()	個人番号 (マイナンバー)		
子ども申請	フリガナ		現住所 保護者と異なる 場合のみ記載	〒		個人番号(マイナンバー)	
	氏名		生年月日		年 月 日		
申請 情報 子ども	障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)					
	アレルギー情報	無・有()					
	その他特記事項	無・有()					
※1 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(幼稚園との併願の場合を含む。)					
	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。)					

※1 ・「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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園(教育部分)をいいます。

①保育の利用を必要とする理由 ※2「保育の希望の有無」欄で「有」を○で囲んだ場合のみ記入してください。

保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。								
	(子から見た続柄) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()
※2	(子から見た続柄) 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障害等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()

②父母の住所

利用開始予定日の 当年1月1日現在の住所	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
利用開始予定日の 前年1月1日現在の住所	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

③世帯の状況(同居者を全員記入してください。) ※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当(□ひとり親世帯 □在宅障害児(者)のいる世帯)					
生活保護受給の有無	非該当・該当					
(生計の申請子どもの番号に○を付けてください。)	フリガナ	申請子どもとの続柄	生年月日	同居 別居	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	
	1	氏名		個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	2			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	3			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	4			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	
	7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	同居 別居	

<必ず裏面も記入して下さい。>

④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	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
		<input type="checkbox"/> 卒園まで
希望する利用曜日・時間 (※3)	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分 から 時 分 まで
利用を希望する施設(事業者)名 (※4)(※5)	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)※該当する□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 自宅や勤務先から近い <input type="checkbox"/> 兄弟等が通っているため <input type="checkbox"/> その他 ()
	第2希望	(希望理由)※該当する□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 自宅や勤務先から近い <input type="checkbox"/> 兄弟等が通っているため <input type="checkbox"/> その他 ()
	第3希望	(希望理由)※該当する□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 自宅や勤務先から近い <input type="checkbox"/> 兄弟等が通っているため <input type="checkbox"/> その他 ()

(*3) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4) 幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(*5) 小規模保育等を利用して、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

⑤同意書

教育・保育給付認定申請に当たり、私は、私の世帯の下記事項について同意します。

1 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賦課情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報の閲覧並びに生活保護の適用状況を確認すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額（保育料）について、特定教育・保育施設等に提示すること。

2 利用者負担額（保育料）の収納状況を、必要に応じて特定教育・保育施設等（児童が入所する特定教育・保育施設の所在地である市町村を含む。）に提供すること。

保護者氏名 ⑩

*施設記載欄（幼稚園等を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(施設・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 備考	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無

*市町村記載欄

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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
	年 月 日 認定	
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日
[<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]		至 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		