

教育・保育給付認定申請書兼施設(事業者)利用申請書

令和3年11月1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	ヨコシバ コウタロウ	申請 子ども との続柄	父	居住地	〒 289 - 1727 横芝光町 宮川11902番地 アパート101
	氏名	横芝 光太郎	※ 自署の場合は、印は不要です。		居住地が市外の場合 町内転入後の住所	〒 -
	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	090-●●●●-●●●●	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	②	090-●●●●-●●●●	母携帯 母勤務先 自宅・その他()
子ども申請	フリガナ	ヨコシバ コウキ	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	横芝 光輝	生年月日	令和●年●月●日		
申請 情報 子ども	障害者手帳の情報	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(身体障害者手帳・ <u>療育手帳</u> ・精神障害者保健福祉手帳)				
	アレルギー情報	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(食物アレルギー(卵・牛乳))				
	その他特記事項	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(ぜん息)				
保育の希望の有無 ※1	<input checked="" type="checkbox"/> 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。)				
	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input checked="" 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)	山武市五反田●●●●番地 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	山武市五反田●●●●番地 <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		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当・ <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当・ <input type="checkbox"/> 該当				
(生計の中心者の番号に○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	
	氏名		個人番号	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	1	ヨコシバ コウタロウ 横芝 光太郎	父	大正 昭和 平成 令和 5年 ●月 ●日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	2	ヨコシバ ミツコ 横芝 光子	母	大正 昭和 平成 令和 6年 ●月 ●日	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	千葉市中央区千葉港 ●●●番地 在住
	3	ヨコシバ ミツアキ 横芝 光昭	兄	大正 昭和 平成 令和 27年 ●月 ●日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	4	ヨコシバ ミツエ 横芝 光江	祖母	大正 昭和 平成 令和 45年 ●月 ●日	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	5			個人番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	6			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
7			個人番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			大正 昭和 平成 令和 年 月 日			

<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 checked="" type="checkbox"/> 卒園まで
希望する利用曜日・時間 (※3)	利用曜日 ●曜日から ●曜日まで	利用時間 ●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	●●●保育園 (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 checked="" type="checkbox"/> 兄弟等が通っているため <input type="checkbox"/> その他 ()
	第2希望	●●●保育園 (希望理由)※該当する□にレ点を付けて下さい。 <input checked="" 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	●●●保育園 (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 (延長保育を実施しているため)

(※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おり、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 横芝 光太郎 ㊞

*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	(担当者)
連絡先	(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	

*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)	年 月 日認定	<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		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日
		至 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]		
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		