

## 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兼利用申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

三宅町長 殿

次のとおり、施設型給付費、地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定及び施設利用について申請します。

利用決定となったうは、町及び施設の方針に従い利用させることを前提として次のとおり申請します。

申請に係る子ども	フリガナ		生年月日	性別			
	氏名		年 月 日生	男 ・ 女			
保護者住所連絡先	〒 磯城郡三宅町大字						
	1	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)					
	2	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)					
	3	(父携帯・母携帯・自宅・祖父母宅・その他)					
認定者番号	※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。						
利用を希望する期間	令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 満3歳に達する年度末まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで					
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有 : 保護者の就労等により保育所等において保育の利用を希望（幼稚園等と併願を含む）						
	<input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望（保育所等と併願を除く）						
	<input type="checkbox"/> 無 : 教育・保育給付認定のみを希望						
利用を希望する施設名	第1希望		希望理由				
	第2希望		希望理由				
	第3希望		希望理由				
	第4希望		希望理由				
区分	フリガナ	児童との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 町民税 課税の有無	備考
	氏名		年 月 日生	男・女		有・無	
	-----		年 月 日生	男・女		有・無	
	-----		年 月 日生	男・女		有・無	
	-----		年 月 日生	男・女		有・無	
	-----		年 月 日生	男・女		有・無	
	-----		年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> 申請中					

【保育の利用を必要とする理由】

(裏面)

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )	
ひとり親の場合はその理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(調停: 無・有) <input type="checkbox"/> 未婚	
保育希望内容	利用曜日	利用希望時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時から 時まで
兄弟姉妹の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用者名 利用施設名)	

【児童の状況】

健康状況	健康診査指導事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: 保健師への相談 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: 大きな病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名: )現在の状況( <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療)
	心身の発達について相談していることがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(相談先: )
	障害者手帳等の取得 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類: 等級: )
	障害児保育の希望 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する
その他	

税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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ることに同意します。

保護者氏名

\*市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	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	支給(利用)期間
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 )	自 年 月 日 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	

\*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	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	