

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

記入例(2・3号)

提出年月日

年 月 日

三宅町長 殿

保護者氏名

記名漏れに気をつけてください。

※父母のうち、申請保護者は児童手当受給者としてください。

次のとおり、施設型給付費、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ちは、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	ミヤケ ハナコ	生年月日	性別			
	氏名	三宅 花子	令和 6年10月 1日生	男 ・ 女			
保護者住所連絡先	〒 磯城郡三宅町大字 郵便番号、住所を記入してください。						
	1	保護者の電話番号を記載し、該当に○を打ってください。 ※緊急連絡の必要が生じることもありますので、複数記入をお願いします。		(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 7年 4月 1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		希望の□にチェックを入れてください。			
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	希望する施設及び希望理由を記入してください。				
	第2希望	希望理由					
	第3希望	希望理由					
	第4希望	希望理由					
世帯の状況	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						
	ミヤケ 仔由 三宅太郎	父	平成〇〇年〇月〇日生	男 ・女	会社員	有 ・無	
	ミヤケ オコ 三宅〇子	母	平成〇〇年〇月〇日生	男・ 女	公務員	有 ・無	
	ミヤケ オオ 三宅〇夫	祖父	昭和〇〇年〇月〇日生	男 ・女	無職	有・ 無	
世帯員の氏名、児童との続柄、生年月日、性別、職業等、該当欄に記入してください。 ※住民票の世帯員以外にも同所同番地にお住まいの親族がいれば、世帯分離をしている場合でも併せて記入してください。							
該当の□にチェックを入れてください。			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)

<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 父、母の保育を必要とする理由について、 該当項目にチェックを入れてください。		幼稚園コースを利用希望される方は、【保育を必要とする理由】 に関しては記載の必要はありません。
ひとり親の場合はその理由	<input type="checkbox"/> 別居（調停： 無・有） <input type="checkbox"/> 未婚 該当者は該当の□にチェック を入れてください。	保育の必要な曜日と必要時間につ いてチェック及び記入してください。
保育希望内容	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
兄弟姉妹の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（利用者名	兄弟姉妹の保育施設等の利用の有無に関し、該当に チェックを入れ、該当がある場合は氏名と利用施設を 記入してください。
【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	お子様の健康状況に関し、 該当する□にそれぞれチェックし、 また、必要事項を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 有（病名：	
	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：	
障害児保育の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	希望の□にチェックを 入れてください。
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税情報（同一世帯 者を含む）を記載してください。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・保育施設に提出します。		
記名漏れにご注意ください。		※同居世帯の在宅障害者 および その他連絡事項を記入してください。
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	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			

* 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			