

記入例

赤字の部分请务必記入してください。

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(兼現況届) 兼教育・保育施設等利用申込書

令和3年10月8日

保護者氏名 玉城 城之介 印

玉城町長 宛

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

入所児童名	氏名	生年月日	性別	障がい者手帳の有無									
	(ふりがな) たまき たままる 玉城 たままる	令和元年4月24日生	男・女	有・無									
保護者 住所・連絡先	(住所) 玉城町田丸1234			行政区(字区)									
	(連絡先・電話番号) 090-1000-2000 (母)			田丸									
令和3年1月1日 現在の住所	父: 同上・町外(市区町村)	母: 同上・町外(市区町村)											
個人番号	【父】 玉城 城之介	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	【母】 玉城 玉夢	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4
	【児童】 玉城 たままる	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5
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(幼稚園等と併願の場合を含む)												
	無: 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所との併願の場合を除く)												

・町内の保育所と町外の幼稚園、認定こども園等を重複して申し込むことはできません。

(※)町外の幼稚園、認定こども園等を希望する場合は記入して下さい。町内保育所を希望の場合は①～④に必要な事項を記入して下さい。

・「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、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入して下さい。

・個人番号は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律9条に基づき、町が施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定等に必要の制度で利用いたします。(課税額の確認に利用する場合があります)

・「記入上の注意」に記載の本人確認に必要な書類をご用意ください。

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな) たまき じょうのすけ 玉城 城之介	父	平成元年4月10日	男・女	株式会社 ○○	
	(ふりがな) たまき たあむ 玉城 玉夢	母	平成4年8月1日	男・女	有限会社	
	(ふりがな) たまき さくら 玉城 さくら	姉	平成22年7月7日	男・女	田丸小学校	
	(ふりがな) たまき のぶかつ 玉城 信雄	祖父	昭和33年12月22日	男・女	農業	
	(ふりがな) たまき まき 玉城 まき	祖母	昭和35年10月11日	男・女	農業	
	(ふりがな)			年 月 日	男・女	
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り(S・H・R 年 月 日保護開始)				

② 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 令和○年 ○月 ○日まで		
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	田丸保育所 (希望理由) 学校区のため	
	第2希望	下外城田保育所 (希望理由) 通勤経路のため	
	第3希望	有田保育所 (希望理由) 通勤経路のため	

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。* 印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

保育の利用 を必要とする 理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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()	
		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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()	
家庭の状況	□ひとり親家族 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する 利用時間	利用曜日	利用時間	
	月 曜日から 金 曜日まで	8 時 30 分から 16 時 30 分まで	

④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支給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 **玉城 城之介** 印

◎ きょうだい同時に申し込む場合 ※いずれかを選択してください。

- 全員が同月に同じ保育所に入所できるよう調整を希望するが、全員が同月に入所できれば希望順に別の保育所になってもよい。
 - 全員が同月に同じ保育所に入所できるよう調整を希望するが、全員が同月に同じ保育所に入所できなければ、全員入所しない。
 - 全員が同月に入所できなくてもよい。空き待つ児童は翌月以降の調整できょうだいと同じ保育所に入所希望
 - 全員が同月に入所できなくてもよい。空き待つ児童は翌月以降の調整できょうだいと別保育所でも入所希望
- ※優先的に入所させる児童名()

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)			□1号 □2号 □3号 (□標 □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			
□認定こども園(□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保) □幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)			
備考			

* 施設記載欄(施設(事業者)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		
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		