

教育・保育給付認定申請書(新規・変更)
兼施設利用申込書(保育児童台帳)

年 月 日

保護者氏名 _____

(あて先)上三川町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

子ども	(フリガナ)	年齢	歳(入所希望年度4月1日時点)	性別	男・女
	氏名				
保護者	(住所)	生年月日	年 月 日	認定者番号 (既に認定済みの場合)	
	(連絡先:父)				
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(保育所等と併願の場合を除く)			

①保育の利用を必要とする理由等(保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。)

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 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入</small>
		<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 <small>具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入</small>	

②申請子どもの情報

障害者手帳の情報	無・有(<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)
現在入園中の施設	無・有(施設名: _____)
アレルギー情報	無・有(_____)
その他特記事項	無・有(_____)

③世帯の状況

ひとり親世帯該当の有無	非該当・該当(<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他(_____))
在宅障がい児(者)の有無	非該当・該当
生活保護の適用の有無	非該当・該当(_____ 年 _____ 月 _____ 日保護開始)

子どもの世帯員	(フリガナ)	年齢	性別	続柄	勤務先・学校名 幼稚園・保育所等	年1月1日 の住民登録地	個人番号 備考
	氏名	生年月日				(_____)	
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				
		歳	男			<input type="checkbox"/> 町内 <input type="checkbox"/> 町外 (_____)	
		年 月 日	女				

④利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用を希望する期間	年 月 1日 から 年 月 末日 まで	
希望する 利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで
希望する保育時間	1. 保育標準時間(1日11時間) 2. 保育短時間(1日8時間) 3. 教育標準時間	
利用を希望する 施設(事業所)名	施設(事業所)名	希望理由
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	第5希望	
	第6希望	
	第7希望	
	第8希望	
	第9希望	
	第10希望	
	第11希望	

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、教育・保育給付認定の審査及び申請者や同居親族の市区町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることについて、また、申請書等に記載した内容は、教育・保育給付認定や施設型給付費等の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することについて、同意します。

保護者氏名 _____

※同居でない祖父母について、記載ください。

申請子どもの祖父母の氏名		年齢	住 所	別居等の状況	職業
父 方	祖父	歳		別居・死亡	
	祖母	歳		別居・死亡	
母 方	祖父	歳		別居・死亡	
	祖母	歳		別居・死亡	

----- 【保護者の方は下記ご記入不要】 -----

*施設記載欄(1号認定として幼稚園等の利用を希望する場合は記載)

受付年月日	年 月 日
施設(事業所)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(継続・内定)の有無	有 (内定の場合: 年 月 日入園予定) ・ 無
備 考	

(裏面)