

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保育所利用申込書

令和 年 月 日

大口町長 様

保護者氏名

続柄 ()

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の申請及び保育所利用の申込みをします。

| | | | |
|---------------|---|----------------|--|
| 申請に係る 子ども | ふりがな | 生年月日 | 障害者手帳の有無 |
| | | 平成・令和 年 月 日 | 有 ・ 無 (種類・等級:) |
| | 個人番号 | | |
| 保護者 住所・連絡先 | (住所) 大口町 (連絡先) 自宅 - - 携帯電話 - - () | | |
| 認定証番号 | ※既に認定を受けている場合に記入してください。 | | 支給認定証交付希望 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 |
| 保育の希望 の有無 | <input checked="" type="radio"/> 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) ※以下、1～6を記入してください。 | | |
| | 無: 幼稚園等の利用を希望する場合 ※以下、1、2、5及び6を記入してください。 | | |

1 世帯の状況 ※申請子ども以外の生計を同一にしている者(別居も含む)について記入してください。

| 区分 | (ふりがな) 氏名 | 子ども の続柄 | 生年月日 | 個人番号 | 同居・別 居の別 | 勤務先又は学校名 |
|---------------------|---|------------|--------------------------------------|------|-------------|----------|
| 子ども の 世帯 員 | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| | | | 大・昭・平・令 年 月 日 | | 同・別 | |
| 生活保護の適用の有無 | <input type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有 (年 月 日保護開始) | | | | | |
| 障害者手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒氏名 () 種類 () 等級 () | | | | | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障がい者(児)のいる家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外 | | | | | |
| 祖父母の状況 (居住地・年齢等) | 父方 | 祖父 | 居住地: 町内・町外 65歳: 以上・未満 就労: している・していない | | | |
| | | 祖母 | 居住地: 町内・町外 65歳: 以上・未満 就労: している・していない | | | |
| | 母方 | 祖父 | 居住地: 町内・町外 65歳: 以上・未満 就労: している・していない | | | |
| | | 祖母 | 居住地: 町内・町外 65歳: 以上・未満 就労: している・していない | | | |

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 | 第1希望 | | 希望理由 |
| | 第2希望 | | 希望理由 |

3 保育の利用を必要とする理由

※保護者の就労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ください。

※「保育を必要とする理由」を証明する書類を添付してください。

| 父 | | 母 | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 就労 | (1日の勤務時間： 時間 分) (1か月の勤務日数： 日) (通勤時間： 時間 分) | <input type="checkbox"/> 就労 | (1日の勤務時間： 時間 分) (1か月の勤務日数： 日) (通勤時間： 時間 分) |
| <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名：) | | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産(予定日：) | |
| <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護 (被介護人：) (状況：入院中・通院中・在宅) | | <input type="checkbox"/> 疾病・障がい(病名：) | |
| <input type="checkbox"/> 災害復旧 | | <input type="checkbox"/> 同居親族等の介護・看護 (被介護人：) (状況：入院中・通院中・在宅) | |
| <input type="checkbox"/> 求職活動 | | <input type="checkbox"/> 災害復旧 | |
| <input type="checkbox"/> 就学(通学時間： 時間 分) (就学期間：) | | <input type="checkbox"/> 求職活動 | |
| <input type="checkbox"/> 虐待・DV | | <input type="checkbox"/> 就学(通学時間： 時間 分) (就学期間：) | |
| <input type="checkbox"/> 育児休業(~) | | <input type="checkbox"/> 虐待・DV | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 育児休業(~) | |
| | | <input type="checkbox"/> その他() | |

4 希望する利用時間等

| 希望する 利用時間 | 利用する曜日 | 利用する時間 | 主な送迎者 |
|--------------|---|---------------|------------|
| | 月・火・水・木・金・土 | 午前 時 分～午後 時 分 | 父・母・その他() |
| 保育必要量 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間保育) <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間保育) | | |

5 税情報等の提供に当たっての署名欄

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、給食費の徴収のために必要な市町村民税の情報(同一世帯者含む)及び世帯情報について確認されること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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

6 前年、当年1月1日現在の住所地

| | |
|------------------|---|
| 令和 6年1月1日 の住所 | <input type="checkbox"/> 大口町内 <input type="checkbox"/> 大口町外() |
| 令和 7年1月1日 の住所 | <input type="checkbox"/> 大口町内 <input type="checkbox"/> 大口町外() |

※ 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

※ 申請後、内容に変更が生じた場合は、速やかにその旨を届けてください。