

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

提出日を必ず記入してください。

令和 6年 0月 0日

大口町長 様

保護者氏名

大口 太郎

続柄 (父)

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 おおぐち はなこ	生年月日	障害者手帳の有無
	大口 花子	平成 令和 5年 5月 10日	有・ 無 (種類・等級:)
保護者	(住所) 大口町 伝右一丁目35番地		
住所・連絡先	(連絡先) 自宅 0587-94-1222	携帯電話 000-1234-5678 (母)	
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。 連絡のつく電話番号を記入してください。		
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 (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 6 を記入してください。		

1 世帯	両親及び同居している兄弟・祖父母等を入してください。		子ども以外の生計を同一に	単身赴任中などで住民票の世帯が別であっても、実質的に同一生計の場合は、その者も記載してください。	同居・別居の別	勤務先又は学校名
子どもの世帯員	おおぐち 太郎 大口 太郎	父	昭〇〇年△月□日	12345678 9123	同・別	会社員 ○×株式会社
	おおぐち ようこ 大口 葉子	母	昭〇〇年×月△日	98765432 1098	同・別	パート ○△事業所
	おおぐち だいすけ 大口 大吾	兄	大・昭・平・令 子どもからみた続柄を記入してください。		同・別	大口南小学校 3年生
	おおぐち まつこ 大口 雪子	姉			同・別	町立南保育園 年長
				大・昭・平・令 年 月 日		

生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用無	月	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	種類 () 等級 ()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親 <input checked="" type="checkbox"/> 親家 <input type="checkbox"/> 親()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 6年 4月 1 から 令和 9年 3月 31 日まで		
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	町立南保育園	希望理由 自宅から近いから
	第2希望	大口中保育園	希望理由 職場から近いから

3 保育の利用を必要とする

※保護者の就労等の理由

※「保育を必要とする理由」を記入してください。

父母の保育の利用を必要とする理由にをいれ、必要事項を記入してください。

また、保育を必要とする証明書を添付してください。

さい。

父		母	
<input checked="" type="checkbox"/> 就労	(1日の勤務時間： 8 時間 00 分) (1か月の勤務日数： 20 日) (通勤時間：時間 30 分)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	(1日の勤務時間： 5 時間 00 分) (1か月の勤務日数： 20 日) (通勤時間：時間 10 分)
保育の利用を必要とする理由	必要な書類		
① 就労	就労証明書（自営業・農業の方は事業をしていることがわかる添付書類。※別紙「就労証明書の作成について」をご覧ください。）		
② 母の妊娠・出産	母子健康手帳の表紙及び出産予定日の分かるページの写し		
③ 疾病・障がい	診断書、身体障害者手帳等の写し		
④ 介護・看護	介護等を受ける人の診断書・介護保険証等の写し		
⑤ 災害	罹災証明書		
⑥ 求職活動	求職活動支援機関等利用兼採用選考証明書		
⑦ 在学、職業訓練	在学証明書及びカリキュラム等		
⑧ 虐待、DV	児童相談センターの証明 配偶者からの暴力の被害者の保護に関する証明書		

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 8時30分 ～午後 6時30分	父 母 その他 ()
保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (1 1時間保育)		<input checked="" 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

大口 太郎

6 前年、当年1月1日現在の住所地

令和 5年1月1日 の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 大口町内 <input type="checkbox"/> 大口町外 ()
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 ()

※ 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。