

(表)
教育・保育給付認定（現況）申請書
 （施設型給付費・地域型保育給付費等）

記入例

令和4年 10月 15日

保護者氏名 **美咲 太郎**

美咲町長 殿

記名を
 お願いします。

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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳・ 療育手帳の有無
	ミサキ シロウ 美咲 二郎	令和2年3月22日生	男(○)女	有(○)無
保護者 住所・連絡先	現住所：〒709-3717 美咲町原田1735			
	電話番号：自宅 0868(66)1215 携帯 090(9999)****			
令和4年1月1日の住所		<input checked="" type="checkbox"/> 美咲町内 ・ <input type="checkbox"/> 美咲町外		
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。			
保育の希望の 有無(※)	○：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 (幼稚園等との併願の場合を含む)			
	無：幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)			

日中連絡の取れる電話番号
 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に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況(同居の世帯員)

区分	(フリガナ) 氏名	子ども との続柄	生年月日	性別	職業・ 学校名等	市町村民税 課税の有無	備考	
子どもの 世帯員	ミサキ タロウ 美咲 太郎	父	S50年9月26日生	男(○)女	会社員	有(○)無		
	ミサキ ハナコ 美咲 花子	母	S52年8月8日生	男(○)女	パート	有(○)無		
	ミサキ イチロウ 美咲 一郎	兄	H22年5月5日生	男(○)女	〇〇小学校	有(○)無		
	ミサキ サクラ 美咲 さくら	妹	H29年3月3日生	男(○)女		有(○)無		
				年 月 日生	男・女		有・無	
							有・無	
				年 月 日生	男・女		有・無	
				年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り(令和 年 月 日保護開始)						

申請児童以外の両親及び同居している
 親族等を全員記入して下さい。

(裏)

卒園の時期を記入してください。

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5年 4月 1日 から 令和8年 3月 31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 ○×保育園 (希望理由) 現在通園しているため	
	第2希望 ××保育園 (希望理由) 通勤途中にあるため	
	第3希望 △○保育園 (希望理由) 実家に近いため	

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

* 印の欄は町記載欄ですので、

③保育の利用を必要とする理由

※保護者の労働又は疾病等の

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であてはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出して下さい。

保育の利用を必要とする具体的な状況（父、母の勤務状況等）を記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 商事に勤務 月曜日～金曜日 8:00～19:00 20日/月
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> △商店にパート勤務 月曜日～金曜日 10:00～16:00 20日/月	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <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時から 18時まで	

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

利用希望時間を24時間表記で記入して下さい。

記名を必ずお願いいたします。

町が施設型給付費・地域型給付費等の教育・保育料に付する教育・保育料の徴収状況及び世帯情報を閲覧し、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	美咲 太郎
---	-------	-------

*町記載欄

受付年月日	年 月 日		
認可の可否 (可・否) 年月日認定	認可の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
可・否	支給(入所)の可否 □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型	支給(利用)期間 年月日 至 年月日	
入所施設(事業者)名			
<input type="checkbox"/> 認定こども園(□連 □幼(□幼 □保) □保(□保 □幼) □地(□幼 □保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 □保育所 □地域型(□小 □家 □居 □事)			
備考			

この欄は記入不要です。