

(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6年 10月 16日

保護者氏名 **美咲 太郎**

美咲町長 あて

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。

記名をお願いします。保育料の納付書等、各種通知の宛名となります。

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 サクラ 美咲 さくら	令和3年3月3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6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(※)	○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	H24年5月5日生	男(女)	〇〇小学校	有(無)		
	ミサキ サツキ 美咲 さつき	妹	R6年1月5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 7年 4月 1日 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	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	

○ 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・保育給付費の算定に必要とする世帯情報（世帯員構成、世帯収入、世帯資産等）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 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等	
		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)	
支給(入所)の可否	支給(利用)期間		
この欄は記入不要です。	<input type="checkbox"/> 施設型 (希望する理由) <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		
	年 月 日 至 年 月 日		
入所施設(事業者)名			
<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			
備考			