

別記

第1号様式（第6条）

※児童1人につき、1枚必要です。

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入園申請書

2022年 0月 0日

栄町長 様

保護者氏名 栄 太郎

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	(ふりがな) 氏 名	個人番号	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	さかえ かのん 栄 花音	0000 0000 0000 0000	0000年0月0日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者 住所・連絡先 個人番号	(住所) 栄町000012-1-5 (個人番号) 0000 0000 0000 0000 (連絡先) 080-0000-0000				
認定者番号	0000000000 ←既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。				
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がある場合(幼稚園等と併願の場合)			
	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)			
認定証交付希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 . <input type="checkbox"/> 無				

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定証が
手元にある方のみ認定証番号を記載してください。

(※)

- 「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。
- 「保育の希望」欄で「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ください。

兄弟の学校名も記載してください

① 世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	個人番号	児童との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の 世帯員	さかえ たろう 栄 太郎	0000 0000 0000 0000	父	0000年0月0日生	男	会社員	有	
	さかえ はなこ 栄 花子	0000 0000 0000 0000	母	0000年0月0日生	女	会社員	有	
	さかえ こたろう 栄 琥太郎	0000 0000 0000 0000	兄	0000年0月0日生	男	〇〇小学校	無	
	さかえ かれん 栄 加恋	0000 0000 0000 0000	姉	0000年0月0日生	女	〇〇幼稚園	無	
				年 月 日生				
生活保護の適用の有無	適用無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り (年 月 日保護開始)							

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	2023年4月1日 から 年 月 日			
利用を希望する 施設（事業者）名	第1希望	〇〇〇保育園	希望理由	園の教育方針に共感したため
	第2希望	▲▲▲保育園	希望理由	通勤途中にあるから
	第3希望	□□□保育園	希望理由	家から近いから

○ 太枠内を記入してください。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

第3希望まで記入してください

③ 保育の利用を必要とする理由等

※ 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に記入してください

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
	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"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する保育時間	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 ※最大11時間保育を希望する	<input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間 ※最大8時間保育を希望する	
希望する利用時間	利用曜日		利用期間
	月曜日から 金曜日まで		8時から 16時まで

④ 税情報等の提供にあたっての署名欄

栄町の職員が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、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 **栄 太郎**

*栄町記載欄

必ず署名してください

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<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
可・否 (否とする理由) 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 〕		自 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		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して栄町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定)))・無
備考	