

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

年 月 日  
(あて先) 岐阜県羽島市長

保護者氏名

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	個人番号		
		年 月 日	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	(住所) (連絡先) [ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]			
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(保育所等と併願の場合を除く)		

- (※)
- ・「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。
  - ・「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

「単身赴任等で別居している保護者等」及び「世帯分離しているが同一住所に居住している祖父母等」も記入してください。

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	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
			個人番号※			
子どもの世帯員	(ふりがな)	父	年 月 日		有・無	
	(ふりがな)	母	年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日		有・無	
生活保護適用の有無		適用無し・適用有り ( 年 月 日 保護開始)				

※提供を受けた個人番号及び特定個人情報、子ども・子育て支援法による施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給に係る事務であって法令で定めるものに必要ない範囲で取り扱います。

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで / 卒園年月日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(理由) <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他( )
	第2希望	(理由) <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他( )
	第3希望	(理由) <input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 延長休日 <input type="checkbox"/> その他( )
	事業所番号*	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。\*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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下さい。

	続柄	必要とする理由		備考
保育の利用を必要とする理由	父	<input 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"/> 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 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"/> 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 type="checkbox"/> 左記以外			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時	分から 時 分まで

④税情報等の提供および教育・保育給付認定にあたっての確認事項

市町村が施設型給付費・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教育・保育給付認定保護者負担額について、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。 また、児童の家族状況の調査に日数を要する場合において、認定事務が集中する場合は、教育・保育給付認定証の交付が羽島市が申請書を受領した日から30日以降となることに同意します。
保護者氏名 _____

\*市町村記載欄(以下は記入しないで下さい。)

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	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 )
支給の可否 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 ]	支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
利用施設		
<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)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: _____)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定) )) ・ 無
備考	