

教育・保育給付認定(現況)申請書兼利用申込書
(施設型給付費・地域型保育給付費等)新規
継続
転園

浅口市教育委員会 様

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。

申請日

申請児童	氏名(フリガナ)		生年月日		性別
			年 月 日生		男・女
保護者	氏名(フリガナ)		住所		
	(連絡先) ※連絡がつきやすい順にご記入ください				
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。(以下同じ。)

・「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～⑥に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び⑥に必要事項を記入してください。

・支給認定証の交付を希望される場合は、別途申請が必要です。希望されない場合は、教育・保育給付認定に係る事項を記載した通知書を送付します。

①世帯の状況

区分	(フリガナ)氏名	児童との続柄	生年月日	現在の年齢	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり(年 月 日保護開始)				
家庭の状況		ひとり親家庭・在宅障害者・左記以外				

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	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで(必要な期間を記入)
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	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	第4希望	(希望理由)
	第5希望	(希望理由)

※希望施設等は、実際に入園・入所し通うことができる範囲でご記入ください。利用申込みが保育所等の受入れ可能な人数を超えた場合には、ご記入いただいた範囲内で利用調整を行います。

③保育の利用を必要とする理由等

(裏面)

※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	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間	利用曜日 (○を付けてください)		利用時間
	月・火・水・木・金・土・日		時から 時まで
希望する利用区分	<input type="checkbox"/> 保育短時間利用(1日最大8時間までの利用) <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(1日最大11時間までの利用)		

④申請児童の健康状況等

障害者手帳の有無	無・有(<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー	無・有(<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他())
受診済みの健康診査	<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他(歳 か月) 健診での指導事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名等:)
通院・通所等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・診断名等:) 通院・通所頻度()

⑤兄弟姉妹で2人以上の利用申込みをしている方は、①～③のうち希望するものを選んでください。

<input type="checkbox"/> ①全員が同じ月に利用できるのであれば、別々の保育所等でも希望する
<input type="checkbox"/> ②全員が同じ月に、同じ保育所等を利用できなければ、同時に利用できるまで空きを待つ
<input type="checkbox"/> ③1人だけ利用できる場合でも、利用を希望する。(下記ア～エを選択してください。) ア 年長の児童が利用できる場合は、1人でも利用を希望 イ 年少の児童が利用できる場合は1人でも利用を希望 ウ どちらの場合でも利用を希望 エ その他の希望()

⑥個人情報等の提供に関する署名欄

1 市が施設型給付・地域型保育給付の教育・保育給付認定に際して、子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者(同一世帯者を含む。)の市町村民税課税状況並びに所得状況及び世帯情報等の利用料の算定に必要な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、利用施設に対して提示すること。

2 申請書等に記載した事項について、利用調整又は教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者提供すること。

3 教育・保育給付認定について、4月に利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、利用の可否のお知らせ等とあわせて教育・保育給付認定に係る通知を送付すること。

4 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場合があること。
以上のことに同意の上、申請します。

保護者氏名 _____

*市記載欄		受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号	認定区分等	
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(利用)の可否	支給(利用)期間	利用施設(事業者)名	
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	自 年 月 日	
		至 年 月 日	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)		受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)		
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無		