

様式第1号（第3条、第6条、第7条、第11条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定（変更・現況）申請（届出）書

年 月 日

保護者氏名



御代田町長
（管理者様）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（変更・現況）を申請（届出）します。

申請する子ども	氏名	生年月日	性別	年齢	障害者手帳の有無
	個人番号	年 月 日生	男 ・ 女	歳	有 ・ 無
住所 連絡先	(住所) 御代田町大字				
	(連絡先) 自宅： 日中連絡先：				
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（幼稚園との併願を含む）→次の①～④も記入してください。				
	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）→次の①、②、④も記入してください。				
教育・保育給付認定変更理由	教育・保育給付認定を変更する場合のみ記入してください。				
子どもの健康上又は発達上気になること	無 有	◎有の場合には、具体的に記入してください。（例：食物アレルギー（たまご）がある 熱性けいれん有 など）			

①世帯の状況

児童が同居している家族の氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・勤務先・学校名等（電話番号）	市町村民税課税の有無	障害者手帳の有無	備考
個人番号	父		男	()	有 無	有 無	
個人番号	母		女	()	有 無	有 無	
			男女	()	有 無	有 無	
			男女	()	有 無	有 無	
			男女	()	有 無	有 無	
			男女	()	有 無	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）						

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 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	
	第一希望	(理由)
	第二希望	(理由)
	第三希望	(理由)

→裏面に続く

③保育の利用を必要とする理由

保護者の状況について、該当番号を記入してください。

父 () 母 () その他 (:) (:)

該当番号表

① 就労（フルタイムの他、パートタイム、夜間、居宅内の労働など、全ての就労）
 ② 妊娠・出産（産前2月・産後3月）
 ③ 保護者の疾病・障がい
 ④ 同居または長期入院等している親族の介護
 ⑤ 災害復旧
 ⑥ 求職活動（起業準備を含む。原則3月）
 ⑦ 就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）
 ⑧ その他
 ※⑧を選択した場合、具体的な状況を記入してください。

[]

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 障がい者家庭	<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施設利用に当たっての確認欄

1) 町が施設型給付費・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情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、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。
 2) 利用の際には施設の規定を守り、利用料は責任をもって期日までに納入することを誓約します。

印

保護者氏名 _____

印

*町記載欄

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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
_____ 年 _____ 月 _____ 日認定		
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可 ・ 否 (否とする理由)	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
[<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]		
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 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有 (契約 ・ 内定 (_____ 年 _____ 月 _____ 日契約)) ・ 無
備 考	