

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 **記入例**

既に在園している場合は「現況」に○

令和3年 10月 11日

御代田町長  
（管理者様）様

保護者氏名

御代田 太郎

印

新規申請の場合は個人番号を必ず記入

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 御代田 花子	生年月日 平成28年10月30日生	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢 5歳	障害者手帳の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	個人番号 123456789012				
住所 連絡先	(住所) 御代田町大字 御代田 〇〇△△番地〇			令和4年4月1日時点の年齢を記入	
	(連絡先) 自宅：〇〇-△△△△ 日中連絡先：□□□-△△△△-〇〇〇〇				
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	<input checked="" type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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
御代田 太郎 個人番号 456789012345	父	S60.1.1	男	自営業 (12-3456)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
御代田 龍子 個人番号 789012345678	母	H24.4.1	女	(株)〇△ (12-5678)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
御代田 ☆☆	姉	H21.12.31	男 <input checked="" type="radio"/> 女	御代田南小学校 ( )	有 <input checked="" type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
御代田 △△	祖父	S28.6.15	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	農業 ( )	有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
御代田 □□	祖母	S30.2.20	男 <input checked="" type="radio"/> 女	パート((有)△〇) (12-7890)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無	
			男 <input type="radio"/> 女	( )	有 <input type="radio"/> 無	有 <input type="radio"/> 無	
生活保護適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し ・ <input type="radio"/> 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	2022年 4月 1日 から 2023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	
	第一希望	雪窓保育園 (理由) 通勤途上に位置するため。
	第二希望	やまゆり保育園 (理由) 勤務先に近いため。
第三希望	3歳未満児の場合は、必ず第3希望までご記入ください。	

→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 ( ① )          母 ( ① )          その他 ( 祖父 : ① ) ( 祖母 : ① )

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。

[

実際に施設を利用する時間をご記入ください。

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 障がい者家庭	<input 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00分から 16時30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。

保護者氏名

御代田 太郎

御代田

御代田 龍子

龍子

\*町記載欄

受付年月日      年      月      日

認定の可否 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 )
年      月      日 認定		
支給(入所)の可否 可 ・ 否 (否とする理由)	支給(利用)期間	
[ <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)を經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 ) ) ・ 無
備 考	