

様式第1号 (第3条、第8条関係)

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定・現況申請書

令和 年 月 日

御代田町長 様
(管 理 者) 様

既に在園している場合は「現況」に○

保護者氏名 **御代田 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・**現況**を申請します。

申請する 子ども	氏名 (フリガナ)		生年月日		障害者手帳の 有無
	ミヨタ マチコ		令和 2 年 10 月 30 日		
	御代田 町子		令和6年4月1日現在 (3)歳		有・ <input checked="" type="radio"/> 無
(個人番号) XXXX XXXX XXXX			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
住所	御代田町大字 御代田 〇〇△△番地 □		連絡先	〇〇〇-△△△△-□□□□ (携帯(続柄:)・他)	
認定証番号	※既に認定を受けている場合にご記入ください。				
保育の 希望の 有無	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働また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もご記入ください。			
	<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もご記入ください。			
子どもの 健康上・発達上 気になること	(ある場合は具体的にご記入ください。例:食物アレルギー(卵)がある、熱性けいれん有など)				

①世帯の状況

	氏名 (フリガナ)	個人番号	子ども との 続柄	生年月日	勤務先又は 学校名等	障害者手帳 の有無
こども の 世帯 員	御代田 太郎	1111 XXXX XXXX	父	S60年 1月 1日	自営業	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	御代田 花子	1112 XXXX XXXX	母	S58年 2月 2日	(株)★★★	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	御代田 ★★	1113 XXXX XXXX	姉	H24年 3月 3日	▲▲小学校	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	御代田 ▲▲	1114 XXXX XXXX	祖父	S28年 4月 4日	農業	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
	御代田 ◆◆	1115 XXXX XXXX	祖母	S30年 5月 5日	なし	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

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	令和 6 年 4 月 1 日 から 令和 7 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1希望	〇〇保育園	理由 通勤途上に位置するため
	第2希望	「区分認定期間」と「利用を希望する期間」は異なります。途中退園をご希望でない場合は「令和7年3月31日」とご記入ください	
第3希望			

→裏面に続く

③保育の利用を必要とする理由 ※保育を希望する場合にご記入ください。

保育所等の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月） <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（90日間） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休暇（認定可能期間有／要相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月） <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（90日間） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休暇（認定可能期間有／要相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（産前2ヶ月・産後3ヶ月） <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（90日間） <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休暇（認定可能期間有／要相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護家庭（ 年 月 日より） <input type="checkbox"/> ひとり親家庭（ 年 月 日より） <input type="checkbox"/> 障害者のいる家庭（ 年 月 日より） <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外			
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 00分 まで <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間	

④施設利用にあたっての確認欄

1) 町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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認定内容・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**

保護者氏名 **御代田 花子**

*市町村記載欄

受付年月日 年 月 日

認定の可否	認定証番号	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(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)
入所契約(内定)の有無	有 (契約 ・ 内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	