

様式第1号（第3条、第8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・現況申請書

年 月 日

御代田町長 様
（ 管 理 者 ） 様

保護者氏名

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
			年 月 日 () 歳		
	(個人番号)		性別	男 ・ 女	
住所	御代田町大字		連絡先	(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	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。			
	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				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・無
				年 月 日		有・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	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1希望		理由		
	第2希望		理由		
	第3希望		理由		

→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					
		<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（ ）					
		<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 type="checkbox"/>	上記以外					
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
				<input 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 _____

保護者氏名 _____

*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)			<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
<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		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	