

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	性別	生年月日
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
	漢字		歳
	マイナンバー		
住所	御代田町大字	連絡先	(携帯(続柄:)・他)
前住所	年1月2日以降御代田町に転入した場合記入		
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 type="checkbox"/> 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①～⑤もご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 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、⑤もご記入ください。		

①世帯の状況

	氏名（フリガナ）	マイナンバー	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申請するこどもの状態（健康状態・園で配慮すること等）

障害者手帳の情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 品目（ ）
申請するこどもの健康上・発達上配慮する点	<p>普段のお子さんの様子や配慮が必要な点を記載してください。</p>

⑤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。

3) 通園中または通園予定となる特定教育・保育施設等および町の保健師・心理士等に記載内容の情報共有や聞き取りをすることに同意します。

保護者氏名 _____

保護者氏名 _____

*施設記載欄（施設（事業者）を經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	(担当者)
連絡先	(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	