

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

（宛先）滑川町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 児童	氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	平成 令和 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 滑川町			
	(電話番号) — —			
保育の希望の 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（幼稚園等と併願の場合を含む。）			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			
認定（入所） 希望日	令和 年 月 1 日 から			
認定希望日の前々年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 滑川町内	<input type="checkbox"/> 滑川町外	(市・町・村・区)	
認定希望日の前年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 滑川町内	<input type="checkbox"/> 滑川町外	(市・町・村・区)	

(※)

- ・ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
- ・ 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
- ・ 「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び③に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)
児童の 世帯員	(ふりがな)		昭和 平成 令和 年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 令和 年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 令和 年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 令和 年 月 日生	男・女		
	(ふりがな)		昭和 平成 令和 年 月 日生	男・女		
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

②保育の利用を必要とする理由等

※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に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） ・具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） （ ）	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） ・具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） （ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <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	時から 時まで
希望保育時間	1 保育標準時間（1日最大11時間） 2 保育短時間（1日最大8時間）		

③税情報等の提供に当たっての署名欄

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区町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、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。

保護者氏名

*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） 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 日付） ・ 無
備考	