

教育・保育給付認定申請書（現況届）兼入所申込書

（施設型給付費・地域型保育給付費）

記入例

申請者氏名

木城 太郎

木城町長 様

		申込日		令和	年	月	日
申請児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	保護者との続柄		障がい者手帳の有無	
	キジョウ コタロウ 木城 小太郎	〇〇年〇〇月〇〇日生 〇	男・女 男	次男		有・ 無	
保護者の 現住所	宮崎県児湯郡木城町大字 〇〇 123番地4 〇〇コーポ〇〇〇号		電話 (連絡順)	① 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	固定・携帯 続柄(母)		
(令和4年 1月1日 の住所)	☑町内 □町外 (住所を記入してください) 木城町大字〇〇 567番地8			② 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	固定・携帯 続柄(父)		
認定証番号	※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(保育所等との併願を除く)						

※「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○で囲んだ場合は以下①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況

児童の 世帯員	氏名	児童から 見た続柄	生年月日	性別	職業・学校名・学 年	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	個人番号
	木城 太郎	父	〇・〇・〇	男・女 男	〇〇商事	有・無 有	〇〇〇〇〇〇〇
	木城 幸子	母	〇・〇・〇	男・女 女	〇〇会社	有・無 有	〇〇〇〇〇〇〇
	木城 幸太郎	兄	〇・〇・〇	男・女 男	〇〇中学校〇年	有・無 無	〇〇〇〇〇〇〇
	木城 花子	姉	〇・〇・〇	男・女 女	〇〇小学校〇年	有・無 無	〇〇〇〇〇〇〇
	木城 一郎	祖父	〇・〇・〇	男・女 男	農業	有・無 無	〇〇〇〇〇〇〇
			・	男・女		有・無	
			・	男・女		有・無	
		・	男・女		有・無		
生活保護の適用		適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

※利用希望児童の父母及び同居所に住んでいる人全員について記入してください。

※学年は令和5年4月1日現在で記入してください。

(表面)

②利用を希望する期間、希望する施設名

※必ず第3希望まで記入してください。

利用を希望する期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで
利用を希望する施設名等	第1希望 〇〇保育園 (希望理由) 兄妹が通っていたため
	第2希望 〇〇保育園 (希望理由) 近いため
	第3希望 〇〇保育園 (希望理由) 通勤途中のため

○字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等 (幼稚園・認定こども園幼稚園部分利用の場合は記入不要です。)

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ください。

保育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 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育休取得中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 () ◆具体的な状況を記入してください (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) ・勤務先 (〇〇商事) ・就労時間 午前・午後 〇〇時〇〇分 ~ 午前・午後 〇〇時〇〇分 ・日数 月 23日 ・出産予定日、傷病名、治療期間等 ()
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育休取得中で保育利用中 <input type="checkbox"/> その他 () ◆具体的な状況を記入してください (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) ・勤務先 (〇〇会社) ・就労時間 午前・午後 〇〇時〇〇分 ~ 午前・午後 〇〇時〇〇分 ・日数 月 20日 ・出産予定日、傷病名、治療期間等 ()
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児 (者) のいる世帯 <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 土 曜日まで	8:30 時から 17:30 時まで

④個人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、個人番号を利用すること、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。

保護者氏名 **木城 太郎**

※町記載欄	受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定番号	認定区分等
可 ・ 否 年 月 日認定	(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)
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 至 : 年 月 日
入所施設名 (事業所名)		
備考		

※施設記入欄 (施設を経由して町に提出する場合)

	受付年月日	年 月 日
施設名 (事業者名)		
担当者氏名・連絡先	(担当者)	(連絡先)
備考		