

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定兼利用申請書

××年××月××日

浦臼町長 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・保育給付認定を申請します。また、教育・保育給付認定に必要な町民税等の課税情報（同一世帯者を含みます。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額等を特定教育・保育施設等に対して通知することに同意します。

申請に係る小学校 就学前子ども	氏名 (ふりがな) ○○○○○○ ○ ○ ○ ○	生年月日 H×年×月×日生	性別 ㊦・女	保護者との続柄 子	障害者手帳の有無 有・㊦
保護者 住所・連絡先	(住所) 浦臼町字○○○ ××番地の××				
	(連絡先) ×××-××××-××××		(連絡先電話番号)		
認定者番号(※1)	××××				
保育の希望の有無(※2)	<input checked="" type="radio"/> 有： 保護者の労働、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。) <hr/> <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。)				

※1 既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。

※2 「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。

「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②に必要事項を記入して下さい。

①家族の状況(本人は除き、世帯分離を含みます。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先名(職業) 又は学校名	町民税課税の有無	備考
入所希望児童の世帯員	(ふりがな) ○○○○○○ ○ ○ ○ ○	(世帯主) 父	H×年×月×日	㊦・女	○○○○	㊦・無	
	(ふりがな) ○○○○○○ ○ ○ ○ ○	母	H×年×月×日	男・㊦	○○○○	㊦・無	
	(ふりがな) ○○○○○○ ○ ○ ○ ○	姉	H×年×月×日	男・㊦	浦臼小学校	有・㊦	
	(ふりがな) ○○○○○○ ○ ○ ○ ○	弟	H×年×月×日	㊦・女	認定こども園なかよし	有・㊦	
(ふりがな)			年 月 日	男・女		有・無	
(ふりがな)			年 月 日	男・女		有・無	
(ふりがな)			年 月 日	男・女		有・無	
(ふりがな)			年 月 日	男・女		有・無	
(ふりがな)			年 月 日	男・女		有・無	
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり(年 月 日 開始)						
在宅障害児(者)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

※3 前年度分の町民税又は当年度分の町民税が課税されている場合は「有」に○をして下さい。

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(※4)	
	第1希望： 浦臼町認定こども園なかよし	希望理由： 保護者就労のため
	第2希望：	希望理由：
	第3希望：	希望理由：
	事業所番号(※5)	

※4 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所の場合は、その旨も記入して下さい。

※5 事業所番号は町記入欄のため記入は不要です。

(裏面)

③保育の利用を必要とする理由等

※表面の「保育の希望の有無」で「有」を○で囲んだ場合に記入して下さい。
(「無」を○で囲んだ場合は記入の必要はありません。)

保育の利用を必要とする理由等 (※6)	続柄	必要とする理由	備考
	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"/> 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)やその他の内容 (就労時間 月～金 8:00～17:30)	
	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"/> 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)やその他の内容 (就労時間 月～金 8:00～17:30)	
		<input 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"/> 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)やその他の内容 ()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する 利用時間	利用曜日(※7)		利用時間
	①・②・③・④・⑤・⑥		8時00分から18時00分まで

※6 保育の利用が必要なことを証する書類を添付して下さい。

※7 利用を希望する曜日を○で囲んで下さい。

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。※印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。
○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

※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"/> 標準 <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"/> 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(小・家・居・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 日契約(内定))) ・ 無
備 考	