

## 教育・保育給付認定(現況届)申請書 兼 こども園等入所申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

令和3年1月15日

中泊町長 殿

保護者氏名 中泊 太郎 (印)

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。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名 <small>(ふりがな) なかどまり いちろう</small> 中泊 一郎	生年月日 平成30年1月1日生	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
保護者住所・連絡先	(住所) 中泊町大字中泊字中泊1番地 (連絡先) 090-9999-9999			
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(保育所等と併願の場合を除く)			

該当する箇所に○

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

## 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	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	<small>(ふりがな) なかどまり たろう</small> 中泊 太郎	父	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無	申請する子ども以外の家族を記入してください。
	<small>(ふりがな) なかどまり はなこ</small> 中泊 花子	母	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無	
	<small>(ふりがな) なかどまり よしこ</small> 中泊 良子	姉	平成24年1月1日生	男・女	中里小学校	有・無	
	<small>(ふりがな) なかどまり じろう</small> 中泊 次郎	弟	令和元年1月1日生	男・女	乳児	有・無	
	<small>(ふりがな) なかどまり かめお</small> 中泊 亀雄	祖父	昭和33年1月1日生	男・女	農業	有・無	
	<small>(ふりがな) なかどまり つるこ</small> 中泊 鶴子	祖母	昭和33年1月1日生	男・女	無職	有・無	
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)						

## 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	令和3年4月1日 から 令和6年3月31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	事業所番号*
	第1希望 中里こども園 (希望理由) 自宅が近いため	
	第2希望 富野こども園 (希望理由) 勤務場所が近いため	
	第3希望 薄市こども園 (希望理由)	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

○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

(裏面)

※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	備考
	父	<input checked="" 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 ( ) ●勤務先 (株)中泊 ●1ヶ月の就労日数 23 日 ●1日の就労時間 8 時 ~ 17 時 まで ●出産・疾病・求職活動の状況など	就労など保育が必要な理由について記載してください。
母	<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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( 育児休業 ) ●勤務先 (有)中泊 ●1ヶ月の就労日数 日 ●1日の就労時間 時 ~ 時 まで ●出産・疾病・求職活動の状況など		
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	利用時間	
	月曜日 から 土曜日まで	午前 7 時 分 から 午後 6 時 分 まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

忘れずに署名してください。

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氏名の情報(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 自 署 印

受付年	<h1 style="color: red;">点線以下は記入不要</h1>		区分等
可・否 (否とする理由)			2号 <input type="checkbox"/> 3号
年 月 日認定			( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
教育・保育給付(入所)の可否		教育・保育給付(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	申請書提出先 ○保育希望者→福祉課又は小泊支所 ○教育希望者→幼稚園・こども園 に提出してください		年 月 日
[ <input type="checkbox"/> 施設]			年 月 日
[ <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 幼稚園]			
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	