

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

自署または記名押印

保護者氏名 中泊 太郎

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 (ふりがな) なかどまり いちろう 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)				

※ 「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	申請する子ども以外の家族を記入してください。欄が不足する場合はA4コピー用紙など別の紙に記入してください。				備考
		前年度分	父	母	夫婦	
児童の世帯員	(ふりがな) なかどまり たろう 中泊 太郎	父	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無 別居 青森市
	(ふりがな) なかどまり はなこ 中泊 花子	母	昭和58年1月1日生	男・女	会社員	有・無 同居
	(ふりがな) なかどまり よしこ 中泊 良子	姉	平成24年1月1日生	男・女	中里小学校	有・無 〃
	(ふりがな) なかどまり じろう 中泊 次郎	弟	令和元年1月1日生	男・女	乳児	有・無 〃
	(ふりがな) なかどまり かめお 中泊 亀雄	祖父	昭和33年1月1日生	男・女	農業	有・無 〃
	(ふりがな) なかどまり つるこ 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。

※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		●1ヶ月の就労日数 23日
	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日の就労時間 時～時まで ●出産・疾病・求職活動の状況など		●1ヶ月の就労日数 日
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 午前 6時 分 まで	午後

④税情報等の提供に当たっての署名欄

忘れずに自署または記名押印

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付に応じて必要な市町村氏別の情報(年間、世帯名を含む)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

中泊 太郎

受付年	点線以下は記入不要		区分等
可・否 (否とする理由)			2号 <input type="checkbox"/> 3号
	年 月 日	認定	(□標準 <input type="checkbox"/> 短)
可・否 (否とする理由)	【申請書提出先】		給付(利用)期間
[□施設型]	①新規申込の方 <input type="radio"/> 保育希望者→福祉課または小泊支所 <input type="radio"/> 教育希望者→利用を希望するこども園		年 月 日
[□認定こども園]			年 月 日
備]
*施設記載欄			
受付年			
施設())
担当連			
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定)(年 月 日 契約(内定)) • 無		
備考			