

教育・保育給付認定申請書兼施設(事業)利用申請書

年 月 日

住所  
申請者 氏名  
(保護者)個人番号  
電話番号

(宛先)山武市長

子ども・子育て支援法第20条に基づき、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を次のとおり申請し、併せて施設(事業)の利用について申請します。なお、山武市が運営する施設の利用に当たっては、市が提示する重要事項説明書の内容に同意します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 (ふりがな )	生年月日 年 月 日 生	年齢 才 ヶ月	性別 男・女	障害者手帳の有無 有・無
	個人番号	認定番号 ※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
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				
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合				
緊急連絡先 電話番号等	(氏名) (続柄 )	(氏名) (続柄 )			
	(携帯)	(携帯)			

(※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(長児部)、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(短児部)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下さい。

①世帯等の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	備考
子どもの同居者(同一敷地内に住所のある方)	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
	(ふりがな )			男・女		
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り				
要保護者等の該当の有無 ※同居者のうち、該当者がいればチェックしてください。		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(配偶者のない者) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当支給対象児童 <input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金受給者等				

別居祖父母	氏名		職業等	住所	備考	
	父方	祖父				
		祖母				
	母方	祖父				
祖母						

②利用を希望する期間及び希望する施設(事業)名

利用を希望する期間	年 月 日 から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 満3歳に達する年度末 <input type="checkbox"/> 年 月 日	まで
利用を希望する施設(事業)名	(第1希望)	(第2希望)	(第3希望)	

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③ 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 <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))	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))	
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 月・火・水・木・金・土 曜日		利用時間区分の希望 <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(11時間まで) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用(8時間まで)

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

教育・保育給付認定申請にあたり、下記事項について同意します。

- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税の賦課情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報の閲覧並びに生活保護の適用状況を確認すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額(保育料)について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- ・利用者負担額(保育料)の収納情報を、必要に応じて特定教育・保育施設等(児童が入所する特定教育・保育施設の所在地である市町村を含む)に提供すること。
- ・利用者負担額(保育料)が滞納となった場合、市税に関する滞納情報を管理する部署から資料を取得すること及び市税に関する滞納情報を管理する部署からの求めに応じ資料を提供すること。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

保護者(父)氏名 \_\_\_\_\_ 保護者(母)氏名 \_\_\_\_\_

(個人番号)

(個人番号)

※ 以下は、市記載欄です。記入しないでください。

\* 市記載欄

受付年月日 \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定の可否 可・否 (否とする理由)		認定番号		認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)									
支給(入所)の可否 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 ]		支給(利用)期間 自至											
入所施設(事業者)名 [ <input type="checkbox"/> 認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保) ) □幼稚園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事) ]													
利用者負担額													
階層	全額	半額	第3子	階層	全額	半額	第3子	階層	全額	半額	第3子	保育料	円
適用期間	から		適用期間	から		適用期間	から						
備考													

\* 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日 \_\_\_\_\_

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 ( _____ 契約 ( 内定 ) ) ) ・ 無
備考	