

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

印

(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	生年月日	年齢	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日 生	才 ヶ月	男・女	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)	(氏名)			
	(続柄)	(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 年 月 日 まで		
	<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
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。
- 保護者氏名は、記名押印に代えて、署名することができます。

※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		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))		
		<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		利用時間区分の希望	
	月・火・水・木・金・土 曜 日		<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)	

[illegible]

※ 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				認定番号		認定区分等													
<div>可・否</div> <div>(否とする理由)</div> <div>認定</div>						<div>□1号 □2号 □3号</div> <div>(□標 □短)</div>													
支給(入所)の可否						支給(利用)期間													
<div>可・否</div> <div>(否とする理由)</div> <div>[□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]</div>						<div>自</div> <div>至</div>													
入所施設(事業者)名																			
<div>[□認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保))</div> <div>□幼稚園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事)]</div>																			
利用者負担額																			
階層	全額	半額	第3子	保育料	円	階層	全額	半額	第3子	保育料	円	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																			

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	