

教育・保育給付認定(新規・変更・継続)申請書  
 教育・保育施設・地域型保育利用申込書

年 月 日

勝浦町長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び特定教育・保育施設の利用申込をします。

申請児童	フリガナ		生年月日		年齢
	氏名		年 月 日	歳	
	住所	〒	性別	男・女	
アレルギーの有無		有・無		障害者手帳等の有無	有・無
保護者	フリガナ		連絡先	自宅	
	氏名			携帯(父)	
				携帯(母)	
認定者番号		※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(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)		

(※) 「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び⑤に必要な事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	フリガナ氏名	個人番号	児童との続柄	生年月日	性別	職業・学校 保育所等	市町村民 税課税の 有無	障がいの 有無	同居 別居
児童の 世帯員				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
				明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	有・無	同居 別居
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	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する 施設名	第1希望	希望施設名	希望理由
	第2希望		
		事業所番号*	

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。
- \*印の欄は市町村記載欄ですので、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。

③ 希望する利用曜日・時間

利用曜日	<input type="checkbox"/> 月曜	<input type="checkbox"/> 火曜	<input type="checkbox"/> 水曜	<input type="checkbox"/> 木曜	<input type="checkbox"/> 金曜	<input type="checkbox"/> 土曜	利用時間	:	から	:	まで
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------	---	----	---	----

④ 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下さい。

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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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		

⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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民税の情報(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

印

\* <町記載欄>

実保育必要時間	1日あたり平均 実保育必要時間	×	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	=	1ヶ月あたり平均実保育必要時間 (通勤時間も含む)
---------	--------------------	---	---------------------	---	------------------------------

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 <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"/> 連( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <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( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 )		
備考		

\* 施設記載欄(施設(事業者)を經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	

(裏面)