

様式第1号（第3条関係）

子どものための教育・保育給付支給認定申請書

小豆島町長 様

平成 年 月 日

次のとおり、子どものための教育・保育給付費に係る支給認定を申請します。

申請児童	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな)	年 月 日生 ( 歳 月)	男・女		
保護者		年 月 日生	電話番号 (自宅)		
	(住所)		父携帯		
			母携帯		
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 : 幼稚園の利用を希望する場合				

①保育の利用を必要とする理由など ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

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）やその他の内容を記入
		<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）やその他の内容を記入	

②世帯の状況

ひとり親世帯等の適用の有無	無・有（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯）					
生活保護の適用の有無	無・有（平成 年 月 日保護開始）					
区分	氏名	生年月日	性別	児童との続柄	勤務先名 又は 学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			

③祖父母の情報

	同居・別居の別	氏名	年齢	住所（同居の場合は記入不要）	職業
父方	祖父				
	祖母				
母方	祖父				
	祖母				

（裏面に続きます）

④申請児童の情報

身障者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
アレルギー情報	無・有（ ）
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他（ ） 主な症状（ ）
検診での指導事項	無・有（ ）
通院・入院の有無	【通院】無・有(内容 ) 【入院】無・有(内容 )
子育て関係機関への相談	無・有（ ） 相談内容（ ）
現在の保育状況	父母（産休育休・求職中・その他） 祖父母（父方・母方） 施設（施設名 )

⑤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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	
希望する 利用曜日・時間 (※1)	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで
利用を希望する 施設（事業者）名 (※2)	施設（事業者）名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)

(※1) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(※2) 幼稚園等を経由して町に提出する場合及び既に保育園、幼稚園及び認可外保育施設を利用している方は記入不要です。

⑥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・地域型保育給付費の支給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 ㊟

\*施設記載欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設（事業者）名	担当者名
入所内定の有無	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無

\*町記載欄

受付年月日	年 月 日	認定担当者	入力担当者
-------	-------	-------	-------

認可の可否	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"/> 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） ]		