

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

記入例

小豆島町長 様

提出日を記入してください

令和2年 1月 10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		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) しょうどしま みらい 小豆島 未来		H30年5月1日生 (2歳11か月)		子	
保護者	小豆島 太郎		S59年3月3日生	電話番号 (自宅)	82-1234	
	(住所) 小豆島町〇〇甲123番地4			父携帯	090-1234-5678	
				母携帯	090-0123-4567	
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
	父	<input checked="" 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 ○〇食品(株) 平日8:00~17:00 月約20日	
母	<input checked="" 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 ○〇病院 シフト制・月5日程度夜勤あり		

②世帯の状況

ひとり親世帯等の適用の有無	無・有 (□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護の適用の有無	無・有 ( 年 月 日保護開始)				
区分	氏名	生年月日	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	小豆島 太郎	S59年 3月 3日生	父	○〇食品(株)	75-1100
	小豆島 花子	S62年 5月 5日生	母	○〇病院	82-7010
	小豆島 明日香	H25年 7月 15日生	姉	○〇幼稚園	
		年 月 日生			
※申請児童は省いてください。					
		年 月 日生			

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	同居・別居・他	小豆島 一郎	59	小豆島町〇〇987番地	会社員
	同居・別居・他	小豆島 幸	59	同上	会社員
母方	同居・別居・他	香川 次郎	57	〇〇市〇町1-1	会社員
	同居・別居・他	香川 幸子	58	同上	主婦

(裏面に続きます)

④申請児童の情報

身障者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 無・有（ ）
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有(内容 ) 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有(内容 )
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="radio"/> 無・有（ ） 相談内容（ ）
現在の保育状況	父母（産休育休・求職中・ <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-size: small;">                     「保育を希望する期間が終了する日」を書いてください。                      年間を通して利用する場合は年度末（令和3年3月31日）までを記入。                 </div>

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	令和2年 4月 1日から令和3年 3月 31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	8時分から17時00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 ○○保育所	（希望理由） 兄弟がいるため
	第2希望 ▲▲保育所	（希望理由） 職場から近いため
	第3希望 □□保育所	（希望理由） 祖母が迎えに行けるため

(※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園等に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

必ず第3希望まで記入してください。

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 小豆島 太郎

\*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） ]		