**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**

**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** | **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） |  |  |
| **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** |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧□求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業 □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 |  |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧□求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業 □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（□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** |  | 年　　月　　日生 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |
|  | 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** | **祖父** | 同居・別居・他 |  |  |  |  |
| **祖母** | 同居・別居・他 |  |  |  |  |
| **母方** | **祖父** | 同居・別居・他 |  |  |  |  |
| **祖母** | 同居・別居・他 |  |  |  |  |

（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** |  年 月 日から　　 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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **認定　担当者** |  | **入力　担当者** |  |
| **受付年月日** | 　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  | □１号 　□２号 　□３号（□標 　□短） |
| **支給（入所）の可否** | **支給(利用)期間** |
| 可・否（否とする理由）[　□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 　] | 自 年 月 日 |
| 至 年 月 日 |
| **入所施設（事業者）名** |
| □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） |