

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

教育・保育給付認定（新規・変更・再交付）申請書

教育・保育給付認定申請内容（変更・法第22条）届

区分	☐ 新規
	☐ 変更
	☐ 再交付

新 城 市 長 様

令和 年 月 日

保護者 現住所

＜R8. 4. 1 時点住所(予定)＞ ※現住所と変わる場合のみ記入してください。
新城市

ふりがな
氏 名 (電話 - -)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育認定を申請（教育・保育給付認定申請内容を届出）します。

児童氏名等	氏 名	生 年 月 日	学 齢	性別	障害手帳の有無
	(ふりがな)	令和 年 月 日生	R8. 4. 1の年齢 歳児	男・女	有・無
	個人番号 (マイナンバー)	保護者との続柄			
認定者番号	※既に保育認定を受けている場合に記入してください				
認定の種類	☐ 1号認定（3歳以上児で家庭保育が可能であるが集団での保育を希望するため）				
	☐ 2号認定（3歳以上児で家庭での保育ができないため）				
	☐ 3号認定（3歳未満児で家庭での保育ができないため）				
支給認定証の交付の希望	☐ 希望する ☐ 希望しない				

①世帯の状況（父・母・兄弟姉妹・同居の家族について記入してください。）

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性 別	個人番号 (マイナンバー)	職業・ 学校名等	障害手帳の有無（種類）
児 童 の 世 帯 員	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
	(ふりがな)		・ ・	男・女			☐ あり ☐ なし ()
生活保護の適用	☐ あり ☐ なし		里親制度の適用	☐ あり ☐ なし		ひとり親 手当の該当	☐ あり ☐ なし

②入園を希望する期間、保育時間、施設

期 間	西暦 年 月 日 から	☐ 就学まで ☐ 西暦 年 月 日まで	
保 育 時 間	平 日	午前 7時30分・8時30分 から 午後 3時・4時・5時・6時・7時	
	土曜日	午前 7時30分・8時30分 から 午後 3時・4時・5時・6時・7時	
施 設 名	施設（事業者）名・希望理由		事業所番号*
	第1希望： (希望理由)		
	第2希望： (希望理由)		
	第3希望： (希望理由)		

③父母の状況（当てはまる箇所すべてに☑を入れてください。）

父 親 の 状 況	☐ 外勤・内職	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 内職
	☐ 自営業・農業	☐ 事業主 ☐ 専従者
	☐ 傷病	☐ 入院 ☐ 自宅安静 ☐ 通院
	☐ 心身障害	☐ 身体障害者手帳____級 ☐ 療育手帳____判定 ☐ 精神障害者保健福祉手帳____級
	☐ 看護・介護	☐ 看護（続柄：_____） ☐ 介護（続柄：_____）
	☐ その他	☐ 罹災 ☐ 就学 ☐ 就労予定 ☐ 求職・起業準備 ☐ 療育 ☐ 緊急（要保護等） ☐ 専業主夫 ☐ その他（_____）
	☐ 不在	☐ 別居（ ☐ 市内 ☐ 市外：_____） ☐ 離婚・死別 ☐ その他（_____）
	添 付 書 類	☐ 完備 ☐ 不備（理由：_____）
母 親 の 状 況	☐ 外勤・内職	☐ 常勤 ☐ 非常勤 ☐ 内職
	☐ 自営業・農業	☐ 事業主 ☐ 専従者
	☐ 妊娠・出産	☐ 入院 ☐ 自宅安静 ☐ 通院 出産（予定）日：_____年 _____月 _____日
	☐ 傷病	☐ 入院 ☐ 自宅安静 ☐ 通院
	☐ 心身障害	☐ 身体障害者手帳____級 ☐ 療育手帳____判定 ☐ 精神障害者保健福祉手帳____級
	☐ 看護・介護	☐ 看護（続柄：_____） ☐ 介護（続柄：_____）
	☐ その他	☐ 罹災 ☐ 就学 ☐ 就労予定 ☐ 求職・起業準備 ☐ 療育 ☐ 緊急（要保護等） ☐ 専業主婦 ☐ その他（_____）
	☐ 不在	☐ 別居（ ☐ 市内 ☐ 市外：_____） ☐ 離婚・死別 ☐ その他（_____）
添 付 書 類	☐ 完備 ☐ 不備（理由：_____）	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が保育の認定に必要な市民税の情報（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保育料（利用者負担額）について、入園するこども園等へ提示することに同意します。

保護者氏名 _____

※市記載欄

受付年月日	_____年 _____月 _____日
認 定 の 可 否	認 定 者 番 号
☐ 可 _____年 _____月 _____日認定 ☐ 否 理由：_____	☐ 1号認定 ☐ 2号認定 [☐ 短時間 ☐ 標準] ☐ 3号認定 [☐ 短時間 ☐ 標準]
入 園（支給）の可否	利用（支給）期間
☐ 可 [☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型] ☐ 否 理由：_____	自 _____年 _____月 _____日 至 _____年 _____月 _____日
類 型	☐ 認定こども園 [☐ 連 ☐ 幼（幼・保） ☐ 保（幼・保） ☐ 地（幼・保）] ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型 [☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事]
備 考	

※施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

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） _____ - _____
契約（内定）の有無	☐ あり [☐ 契約 ☐ 内定 _____年 _____月 _____日] ☐ なし