

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 | <input type="checkbox"/> 新規 |
| | <input type="checkbox"/> 変更 |
| | <input type="checkbox"/> 再交付 |

新 城 市 長 様

令和 年 月 日

保護者 現住所 _____

<R7.4.1 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) | | 平成・令和 年 月 日生 | R7.4.1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 | <input type="checkbox"/> 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) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2号認定(3歳以上児で家庭での保育ができないため) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| | (ふりがな) | | ・ ・ | 男・女 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| | (ふりがな) | | ・ ・ | 男・女 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| | (ふりがな) | | ・ ・ | 男・女 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| | (ふりがな) | | ・ ・ | 男・女 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| | (ふりがな) | | ・ ・ | 男・女 | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし() |
| 生活保護の適用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 里親制度の適用 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | ひとり親手当の該当 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 就学まで <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 外勤・内職 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職 |
| | <input type="checkbox"/> 自営業・農業 | <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者 |
| | <input type="checkbox"/> 傷病 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院 |
| | <input type="checkbox"/> 心身障害 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳____級 <input type="checkbox"/> 療育手帳____判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳____級 |
| | <input type="checkbox"/> 看護・介護 | <input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____） |
| | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等） <input type="checkbox"/> 専業主夫 <input type="checkbox"/> その他（_____） |
| | <input type="checkbox"/> 不在 | <input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____） |
| | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 不備（理由：_____） |
| 母親の状況 | <input type="checkbox"/> 外勤・内職 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職 |
| | <input type="checkbox"/> 自営業・農業 | <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者 |
| | <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院 出産（予定）日：_____年____月____日 |
| | <input type="checkbox"/> 傷病 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院 |
| | <input type="checkbox"/> 心身障害 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳____級 <input type="checkbox"/> 療育手帳____判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳____級 |
| | <input type="checkbox"/> 看護・介護 | <input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____） |
| | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等） <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他（_____） |
| | <input type="checkbox"/> 不在 | <input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____） |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 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 | 認定区分等 |
| <input type="checkbox"/> 可 _____年____月____日認定 <input type="checkbox"/> 否 理由：_____ | | <input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 [<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 標準] <input type="checkbox"/> 3号認定 [<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 標準] |
| 入園（支給）の可否 | 利用（支給）期間 | |
| <input type="checkbox"/> 可 [<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] <input type="checkbox"/> 否 理由：_____ | 自 _____年____月____日 至 _____年____月____日 | |
| 類型 | <input type="checkbox"/> 認定こども園 [<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（幼・保） <input type="checkbox"/> 保（幼・保） <input type="checkbox"/> 地（幼・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 | <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 _____年____月____日] <input type="checkbox"/> なし |