

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・提出日を記入してください。)

教育・保育給付認定申請内容(変更・法第22条)届

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

新城市長様

令和5年10月〇〇日

現住所 近隣市新城一丁目1-100

R6.4.1 時点での住所予定地を記入してください。引っ越しは決まっているが住所が未定の場合は「未定」と記入してください。

R6.4.1 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 宇東入船115

氏名 新城 太郎 (電話)

・「保護者」は生計の主たる方を記入ください。

(現住所と変わらない場合は記入する必要はありません。)

児童氏名等	(ふりがな)しんしろ はなこ 新城 花子	生年月日 平成・令和 3年3月30日 生	学 齡 R6.4.1の年齢 3歳児	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	障害手帳の有無 <input checked="" type="radio"/> 有・無
	個人番号 (マイナンバー) 012345678901		保護者との続柄 長女		
認定者番号	記入不要です ※既に保育給付認定済みの場合は記入不要です				
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な場合) <input checked="" type="checkbox"/> 2号認定 (3歳以上児で家庭保育が困難な場合) <input type="checkbox"/> 3号認定 (3歳未満児で家庭での保育が困難な場合)				
支給認定証の交付の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

要件にあてはまるいずれか1つにチェックしてください。※申請通りに認定されるとは限りませんのでご了承ください。

希望するにをいれてください。

区分	氏名	児童との続柄	保護者(父・母 または養育者)のマイナンバーを必ず記入してください。	職業	学校	障害手帳	
児童	(ふりがな)しんしろ たらう 新城 太郎 (単身赴任)	父	S60・5・5	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	789012	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (療育手帳B)
	(ふりがな)しんしろ さくらこ 新城 桜子	母	S60・5・5	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	234567890123	パート	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ()
	(ふりがな)しんしろ たらう 新城 太郎	兄	H25・5・5	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		小学校 〇年生	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()
	(ふりがな)しんしろ たらう 新城 太郎	祖父	S30・5・5	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		会社員	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ()
	(ふりがな)しんしろ たらう 新城 太郎	祖母	S30・5・5	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ()
						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ()	
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		里親制度の適用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		ひとり親手当の該当	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

単身赴任・下宿等で同居していない場合も、父・母・生計同一の兄弟姉妹は記入してください。

R5.4.1 時点での職業、学校名を記入してください。

障害手帳をお持ちの場合、または特別児童扶養手当受給中の場合はありにをいれてください。

②入園を希望する期間、保育時間 ひとり親手当を受給している方は、ありにをいれてください。

期 間	西暦 2024 年 4 月 1 日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 就学まで <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	3歳未満児は最長で2025年3月31日です。
保育時間	平日 午前 7時30分 ・8時30分 から 午後 3時		
施設名	第1希望: 新城こども園	第2希望: 城北こども園 (希望理由) 自宅から近い	第3希望: 千郷西こども園 (希望理由) 勤務先から近い

こちらに記入頂いた保育時間と就業時間等に矛盾がある場合は、実態を確認させて頂いたうえで決定します。また、変更になった場合は必ずこども未来課へお申し出ください。

③父母の状況（当てはまる箇所すべてに☑をいれてください。）

父親の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input checked="" 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	
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災	<input type="checkbox"/> 就学	
<input checked="" type="checkbox"/> 不在	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/>		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 完備	<input type="checkbox"/> 不備		
母親の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 外勤・内職	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 自宅安静	<input type="checkbox"/> 通院
	<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	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
	<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"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外
添付書類	<input type="checkbox"/> 完備	<input checked="" type="checkbox"/> 不備	理由： 就労証明書をまだ勤務先からもらっていない為	

《添付書類》
【外勤・内職・自営業・農業】就労証明書
【妊娠・出産】母子手帳のコピー
 （表紙と分娩予定日のページ）
 ※その他 入園要件・添付書類については
 「こども園入園申込書類の記入方法及び必要書類」を
 ご覧ください。

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 **新城 太郎**

※市記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
<input type="checkbox"/> 可 年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号認定
<input type="checkbox"/> 否 理由：	<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]	自 年 月 日
<input type="checkbox"/> 否 理由：	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	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 年 月 日] <input type="checkbox"/> なし