

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書 兼 保育所利用申込書

扶桑町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の申請及び保育所の利用の申込みをします。また、施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付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並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額(保育料)を特定教育・保育施設等に対して掲示することに同意します。

年 月 日

扶桑町大字

保護者住所 _____

保護者氏名 _____

連絡先 _____ 自宅・携帯(父・母・その他())

① 申請に係る小学校就学前子ども

氏名 (ふりがな)	生年月日	年齢	性別
		歳	男
	年 月 日	(入園年4.1現在)	女
個人番号			
保育の希望の有無(※)	有 : 保護者の労働また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 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く)		
支給認定証の希望の有無	有 ・ 無		

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園型」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

② 保育の利用を必要とする理由 (保育の希望の有無で有を選択した場合のみ記入)

※理由を証明する書類を添付してください。

子どもとの続柄	保育を必要とする理由 (該当するものに☑をしてください)
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 ()
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他 ()

※裏面もご記入ください

③ 申請児童本人以外の家庭状況

氏名	児童との続柄	生年月日	職業・在学学校名	個人番号	
				備考	
障害者（児）の該当の有無		有 ・ 無	ひとり親家庭の該当の有無		有 ・ 無
生活保護の状況	適用なし・適用あり（ 年 月 日保護開始）				

④ 前年、当年1月1日現在の住所地

年1月1日の住所 父	<input type="checkbox"/> 扶桑町内 <input type="checkbox"/> 扶桑町外 ()
年1月1日の住所 母	<input type="checkbox"/> 扶桑町内 <input type="checkbox"/> 扶桑町外 ()

⑤ 利用を希望する期間、時間

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日・就学前まで	
希望する利用時間	利用する曜日	利用する時間
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで
保育の必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間保育） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間保育）	

⑥ 利用を希望する施設（事業所）名

利用を希望する施設 （事業所）名	<input type="checkbox"/> 保育所（ <input type="checkbox"/> 扶桑町立保育園 <input type="checkbox"/> その他（ ））	
	第1希望	第4希望
	第2希望	第5希望
	第3希望	
	（備考）	
<input type="checkbox"/> 幼稚園 希望幼稚園名（ ）		