

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。

ご提出日をご記入ください。

R 6 年 11 月 〇〇 日

扶桑町大字

保護者住所 高雄字天道33X番地

保護者氏名 扶桑 一郎

日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

連絡先 090-1234-5XXX 自宅・携帯 (父・母・その他 ())

① 申請に係る小学校就学前子ども

生年月日は和暦でご記入ください。

氏名 (ふりがな)	生年月日	年齢	性別
ふそう たろう	令和 5 年 4 月 15 日	1 歳 (入園年 4.1 現在)	<input checked="" type="radio"/> 男
扶桑 太郎			<input type="radio"/> 女

個人番号	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
保育の希望の有無 (※)	<input checked="" type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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)

※理由を証明する書類を添付してください。

支給認定証を希望される方は“有”に○をしてください。
希望されない方には教育・保育給付認定通知書を発行いたします。

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 checked="" 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 checked="" 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 ()

必要とする理由の当てはまるところ全てにチェックをしてください。

※裏面もご記入ください

学校や幼稚園・保育所などに通所している場合、その名称をご記入ください。
 仕事などをしていない場合は“在宅”とご記入ください。

生計を同じくしている者が単身赴任などで自宅にいない場合には、その旨をご記入ください。

③ 申請児童本人以下

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																	
扶桑 一郎	父	H5.1.1	会社員	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	X	△△市へ単身赴任中					
扶桑 花子	母	H5.8.19	パート	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	X	X						
扶桑 ひまわり	姉	H31.10.5	○△幼稚園	1	2	3	4	1	2	3	4	1	X	X	X						
扶桑 樫子	祖母	S36.3.27	在宅	1	2	3	4	1	2	3	4	X	X	X	X						
				同居(住所が同じ)している祖父母などがいましたら、ご記入ください。																	
障害者(児)の該当の有無				有・ <input checked="" type="radio"/> 無				ひとり親家庭の該当の有無				有・ <input checked="" type="radio"/> 無									
生活保護の状況				適用なし・適用あり(年 月 日保護開始)																	

同世帯に障害者手帳をお持ちの方がいる場合は“有”に○をつけてください。

④ 前年、当年1月1日現在の住所地

ひとり親家庭に該当する方は“有”に○をつけてください。

R 6年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 扶桑町内 <input checked="" type="checkbox"/> 扶桑町外 (△△市守口区大根〇丁目XX番地)
R 6年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 扶桑町内 <input type="checkbox"/> 扶桑町外 ()

次のとおりご記入ください。
 ・4～8月入所の場合は“前年”
 ・9月以降入所の場合は“本年”

1月1日の住所が扶桑町外にあった場合はその住所をご記入ください。

⑤ 利用を希望する期間、時間

利用を希望する期間	R 7年 4 月 1 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
	月 曜日から 金 曜日まで		8 時 30 分から 16 時 30 分まで
保育の必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間保育) <input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間(8時間保育)		

小学校就学前(卒園)まで希望する場合は“就学前まで”に○をつけてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 保育所 (<input checked="" type="checkbox"/> 扶桑町立保育園 <input type="checkbox"/> その他())			
	第1希望	高雄西	第4希望	斎藤
	第2希望	高雄南	第5希望	柏森
	第3希望	山名		
	(備考)			
<input type="checkbox"/> 幼稚園 希望幼稚園名()				

通える範囲で希望する施設をご記入ください。
 特定の園のみの希望や第5希望まで以外にも希望される場合はその旨を備考欄などにご記入ください。