

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申請書

令和 年 月 日

須崎市長 あて

【申請にあたっての同意事項】

須崎市が、教育・保育給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認にあたって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に提示すること。

以上のことに同意し、教育・保育給付認定及び施設利用について、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	住所						
		令和 年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 須崎市内	<input type="checkbox"/> (都道 市区) 府県 町村	令和 年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 須崎市内	<input type="checkbox"/> (都道 市区) 府県 町村
	フリガナ 氏名	続柄		連絡先		支給認定証の 交付希望	
		父				<input type="checkbox"/> あり	
		母				<input type="checkbox"/> なし	

申請 児童	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()			個人番号														
	フリガナ				生年月日		クラス年齢												
	氏名				男・女	令和 年 月 日	歳児												

【世帯の状況】 ※ 住民票に関係なく、同居している方（別居の父母を含む）を記載してください。

世帯員 (申請児童 を除く)	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	個人番号														
		父	大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
		母	大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日																
	同居する在宅障害児（者）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	対象者															
ひとり親世帯（児童扶養手当の認定）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	年 月 日から）																
生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	年 月 日から）																

【認定区分】

認定区分	<input type="checkbox"/> 1号認定 幼稚園・認定こども園（教育部分）を利用希望の方
	<input type="checkbox"/> 2・3号認定 保育所・認定こども園（保育部分）・地域型保育事業を利用希望の方
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（最長11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（最長8時間）
利用希望期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで

————— 以下、2・3号認定を希望する方のみ記載してください —————

【保育を必要とする理由】

父の状況	母の状況
<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産
<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護
<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動
<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離別等）	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離別等）

※ 記載内容と事実が異なる場合、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。（教育・保育給付認定が取り消されると、特定教育・保育施設等（保育所等）を利用している場合は退所となります。）

※ 申請書を提出後、住所、連絡先、家族構成、就労状況等に変更が生じたときは、速やかに届出をしてください。

【希望する施設】

利用希望時間	午前 時 分 ～ 午後 時 分		
希望順位	施設名	理由	
第1希望		<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 祖父母宅に近い <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟姉利用中 <input type="checkbox"/> 通勤経路上 <input type="checkbox"/> 小学校区内 <input type="checkbox"/> その他()	
第2希望		<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 祖父母宅に近い <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟姉利用中 <input type="checkbox"/> 通勤経路上 <input type="checkbox"/> 小学校区内 <input type="checkbox"/> その他()	
第3希望		<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 祖父母宅に近い <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟姉利用中 <input type="checkbox"/> 通勤経路上 <input type="checkbox"/> 小学校区内 <input type="checkbox"/> その他()	

【申請児童の健康状態等】

健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否（疾病名： ）
障害者手帳の交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 手帳 級）
アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ）
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ）
定期的な通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（医療機関名： ）
現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している（父・母・その他（ ）） <input type="checkbox"/> 祖父母・親戚・知人等に預けている <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている（父・母） <input type="checkbox"/> 預けている（保育所・幼稚園・一時預かり・職場の託児所・その他（ ）） 平成・令和 年 月より利用中