

## 教育・保育給付認定申請書兼保育所等利用申込書

(保育兒童台帳)

年      月      日

保護者氏名

紀宝町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学 前児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無	個人番号						
		年月日	男・女	有・無	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
保護者住所 連絡先	(住所) 紀宝町										
	(電話番号)										
2024年1月1日現在の住所											
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。										
保育の希望 の有無	有 : 保護者の労働又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 (幼稚園との併願の場合を含む)										
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)										

## 1 世帯の状況

## 2 利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年      月      日  から	年      月      日まで
利用を希望する施設 (事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	保育所 (希望理由)
	第2希望	保育所 (希望理由)
	第3希望	保育所 (希望理由)

### 3 保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又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に記入して下さい。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由		備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 ( )		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 ( )		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 • <input type="checkbox"/> 左記以外			
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分 から	時 分まで

※土曜保育は鶴殿保育所で実施します。土曜保育の通常保育時間は、8時30分から12時までです。

### 4 同意事項

- ① 市町村が施設型給付費・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。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・保育施設等に対して提示することに同意します。
- ② 翌年度4月からの保育所利用における認定結果は1月以降にお知らせすることに同意します。

保護者氏名

### ※市町村記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) [ <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 至 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 他( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 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)を経由して市町村に提出する場合]

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)
入所契約(内定)の有無	有[契約・内定] 年月日 契約(内定) • 無
備 考	