

様式第1号(第5条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費 教育・保育給付認定申請書・現況届  
(兼 特定教育・保育施設・特定地域型保育事業 入園(所)申込書)

年 月 日

光市長様

保護者氏名

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（現況を届出）し、入園を申し込みます。

申請に係る子ども	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害児手帳等の該当
		年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所・連絡先等	住所 〒 _____			
	電話番号 (□自宅・携帯 (□父・□母)・□その他 _____)			
	年1月1日現在の住所	□光市内 ・ □光市外		
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)	支給認定証の交付	□希望する	
保育認定の希望の有無(※)	有 (2号又は3号認定)	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 (幼稚園等と併願の場合を含む)		
	無 (1号認定)	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)		

(※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所機能部分)、地域型保育をいいます。(以下同じ)  
 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚園機能部分)をいいます。  
 ・「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び⑤に記入してください。

①世帯の状況

子どもの世帯員	(フリガナ) 氏名	子どもの 続柄	生年月日	性別	職業、 学校名等	個人番号
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
ひとり親世帯等の該当		□ひとり親世帯等 □在宅障害児(者)のいる世帯(※)				
生活保護の受給		□受給中または申請中 ( 年 月 日保護開始)				

(※)在宅障害児(者)は、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人及び特別児童扶養手当、国民年金障害基礎年金等を受けている人です。

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	就学前 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 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (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ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（ ）	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時から 時まで (標準時間・短時間)

④祖父母の状況

	氏名	生年月日	住所	保育ができない理由
父方	祖父	年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )
	祖母	年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )
母方	祖父	年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )
	祖母	年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )

⑤個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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し、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。

保護者氏名

【市記入欄】

受付年月日 年 月 日

認定の可否 (否とする理由)	認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支給(入所の可否) (否とする理由)	教育・保育給付認定(利用)期間	
可・否 年 月 日認定	自: 年 月 日	至: 年 月 日
入所施設(事業者)名	備考	