

別記様式第1号（第3条第1項関係）（表面）

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）入所申込書（兼）現況届

年 月 日

和 寒 町 長 様

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請	保護者氏名	印
	<input type="checkbox"/> 継続申請（すでに保育所等を利用中の方）		

- ☐ 次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等にかかる教育・保育給付認定を申請します。
- ☐ 次のとおり、特定教育・施設等に入所を申し込みます。

申請する子ども	氏 名	生年月日	性 別	認定者番号
	(ふりがな)	年 月 日 (歳) <small>※ 入所年度の4月1日現在の年齢を記入</small>	男・女	<small>※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。</small>
	健康保険における扶養者	障がいに係る手帳の有無		アレルギーの有無
	父・母・()	有 ・ 無		有 ・ 無
保護者住所・連絡先	(住所)			
	(連絡先) 自宅 — — 携帯(父・母・) — —			
保育の希望の有無(※)	<input type="checkbox"/> 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(幼稚園等との併願の場合を含む)			
	<input type="checkbox"/> 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)			

※ 「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。
「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

※ 「有」にチェックした場合は①～④に、「無」にチェックした場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況(同居の世帯員) ※父母及び同居所に住んでいる人全員（世帯分離している人も含む）について記入してください。
※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入してください。

区分	氏 名	子どもとの続柄	生 年 月 日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
申請児童の同居者（申請児童は除く）	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)					

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
利用を希望する施設（事業者）名	
第1希望	(希望理由)
第2希望	(希望理由)
第3希望	(希望理由)

※ 「記入上の注意」をよく読んで記入してください。
※提出書類の内容に虚偽があった場合は、給付認定及び利用決定等を取り消すことがあります。

③保育の利用を必要とする理由等 (裏面)
(保護者等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 (保護者・同居の祖父母)	必要とする理由	
	続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 本人疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居者介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧
	父	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
	続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 本人疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居者介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧
	母	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
	続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 本人疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居者介護等 <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 ()
続柄	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 本人疾病・障がい <input type="checkbox"/> 同居者介護等 <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"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別) ・ <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯 (<input type="checkbox"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 児童以外)	
希望する曜日と時間	保育を必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間 (※)
	月・火・水・木・金・土	: ~ :

※ 「1日のうち必要とする時間」区分は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準に照らし合わせ、最終的に和寒町が決定します。よって区分は希望と異なる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・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及び認定申請書に記載された事項について、特定教育・保育施設等に対して提示する事に同意します。	
保護者氏名	印

◎ 昨年1月1日の住所が和寒町以外にあった方のみ記入してください。

前住所	
転入年月日	年 月 日

----- 記入はここまでです -----

■町記入欄

	受付年月日	年 月 日
給付認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日認定		
給付認定(入所)の可否		給付認定(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日
〔 <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〕		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
<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"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保))		
備考		

■施設記入欄 (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	(担当者)	
連絡先	(連絡先)	
入所契約(内定)の有無	有 (年 月 日 契約・内定) ・ 無	
備考		