

(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施設利用申請書

令和 年 月 日

南幌町長 様

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定及び施設利用を申請します。

申請児童	(ふりがな)	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	氏 名			
		年 月 日生	男・女	有・無
保護者	住所 〒			
	自宅電話		携帯電話 (父) (母)	
	令和4年1月1日現在の住所	南幌町 ・ 南幌町以外 ()		
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合のみ記入してください。			
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(※1)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) ⇒以降の項目①～⑤すべてに記入		
	無	幼稚園等(※2)の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く) ⇒以降の項目①～③及び⑤に記入(④は記入不要)		

※1「保育所等」とは、保育所、認定子ども園(保育部分)、小規模保育、事業所内保育、家庭的保育、居宅訪問型保育をいいます。

※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定子ども園(教育部分)をいいます。

① 世帯の状況(同居の世帯員) ※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	(ふりがな)	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
	氏 名						
申請児童の同居者			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
			S・H・R 年 月 日	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		☐ 適用無し ☐ 適用有り(平成・令和 年 月 日保護開始)					

② 希望する利用期間と利用区分

希望する利用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
希望する利用区分※	☐ 教育標準時間 ☐ 保育短時間 ☐ 保育標準時間

※「教育標準時間」は幼稚園等の利用、「保育短時間認定」は月48時間以上120時間未満の就労で1日最長8時間までの利用、「保育標準時間認定」は月120時間以上の就労で1日最長11時間までの利用をいいます。

※裏面も記入してください。

注) 記載例を参照の上ご記入ください。また、字は楷書ではっきりと書いてください。

③ 利用を希望する施設（事業者）名
希望する順位に従い、施設（事業者）名を記入してください。 ※記載例⑦を参照

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	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	第5希望	

④ 保育の利用を必要とする理由等
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。 ※記載例⑧を参照

保育の利用 を必要とする 理由	続柄	必要とする理由	備 考
		☐ 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 ☐ 妊娠・出産【出産（予定）日 平成 年 月 日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
		☐ 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 ☐ 妊娠・出産【出産（予定）日 平成 年 月 日】 ☐ 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日／週・月】 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DV ☐ 育休継続利用	
家庭の状況	☐ ひとり親家庭（ ☐ 離婚 ☐ 未婚 ☐ 死別）・ ☐ 障がい者がいる世帯（ ☐ 児童本人 ☐ 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		: ~ :

⑤ 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等について、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_____

.....（記入はここまで）.....

※町記入欄

受 付 年月日	令和 年 月 日	課長	主幹	主担当	副担当			
認定の可否			認定者番号		認定区分等			
可 ・ 否 年 月 日認定		(否とする理由)		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)				
支給（入所）の可否					支給（利用）期間			
可 ・ 否 (否とする理由)					自 年 月 日 至 年 月 日			
入所施設 (事業者) 名			備 考					
副食費徴収免除該当の有無		☐ 有 ☐ 無						