（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。

（裏面）

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 |