

記載例

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付費認定申請書

令和〇年〇月〇日

南幌町長 様

① 申請書の提出年月日、保護者氏名をご記入ください。

保護者氏名 **南幌 太郎**

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・保育給付費認定及び施設利用を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	なんぼろ いちろう 南幌 一郎	〇〇年〇月〇日生	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	有 <input checked="" type="radio"/> 無
保護	住所 〒069-0200 南幌町〇〇〇丁目〇番〇号			
	自宅電話 011-000-△△△△ 携帯電話 (父)080-0000-△△△△ (母)090-△△△△-0000 令和5年1月1日現在の住所 南幌町・南幌町以外 (札幌市)			
認定者	※既に教育・保育給付費認定を受けている場合のみ記入してください。			
保育の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等(※1)の保育(※2)を受ける場合(※3)の保育所等(※1)の保育(※2)の利用を希望する場合(保育所等と併願)⇒以降の項目①～③及び⑤に記入(④は記入不要)			

② 令和5年1月1日に南幌町に住民票がない場合、ご記入ください。

③ 保育所等入所申請の場合は有に〇をし、幼稚園等入所申請の場合は無に〇してください。

※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、家庭的保育施設等(※2)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。

申請児童の同居者	(ふりがな) 氏名	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)市町村住民税課税の有無
	なんぼろ たらう 南幌 太郎	父	S・H・R 〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	株式会社〇△□	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	なんぼろ ようこ 南幌 陽子	母	S・H・R 〇年〇月〇日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	有限会社〇△□	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	なんぼろ じろう 南幌 次郎	兄	S・H・R 〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	南幌小学校3年	有 <input checked="" type="radio"/> 無
	なんぼろ はなこ 南幌 花子	妹	S・H・R 〇年〇月〇日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	〇△□保育園	有 <input checked="" type="radio"/> 無
				S・H・R 年 月 日	男・女	

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)

④

- 申請児童は記入不要です。
- 続柄は申請児童から見た関係をご記入ください。
- 同居しているご家族全員をご記入ください。別居の場合でも生計を一にしている場合はご記入ください
- 単身赴任などによる別居の保護者等がいる場合は、備考欄にご記入ください。

⑤ 小学校就学始期に達するまでのうち、希望する利用期間をご記入ください。

② 希望する利用期間と利用区分

希望する利用期間 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで

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」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。

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。

⑥ 「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」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。該当する区分に✓してください。

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

施設(事業者)名	希望理由
第1希望 ○△□保育園	既に兄弟が利用している
第2希望 認定こども園○△□	自宅から近い
第3希望	
第4希望	
第5希望	

⑦入所希望の施設または在園する施設の名称をご記入ください。
希望理由は「自宅から近い」「既に兄弟が利用している」「職場から近い」「延長保育を実施している」等、希望理由を必ずご記入ください。

④ 保育の利用を必要とする理由等
理由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

続柄	必要とする理由
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労【勤務先： 株式会社○△□ 就労時間：週 5 日、1日 8 時 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産(予定)日 平成 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日/週】 <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"/> 育休継続利用
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労【勤務先： 有限会社○△□ 就労時間：週 4 日、1日 6 時 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産(予定)日 平成 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等【症状等： 通院回数： 日/週】 <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"/> 育休継続利用
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)
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 8:00 ~ 17:00

⑧表面③の「保育の希望の有無」の欄で「有」を○で囲んだ場合にご記入ください。「無」を○で囲んだ場合記入の必要はありません。
また、「必要とする理由」は、次に掲げる理由から選んでください。

保育の必要性の認定を受ける場合は、保護者のいずれもが次のいずれかの事情にある場合です。

(1)就労：月48時間以上(1日4時間以上、週3日以上)の就労

(2)妊娠・出産：児童の保護者が出産前後のため、その児童の保育ができない場合

(3)疾病・障がい等：児童の保護者が病気、負傷、心身に障がいを有する場合

(4)介護等：同居の親族(長期入院等をしている親族を含む。)を常時介護又は看護している場合

(5)災害復旧：火災、風水害、地震その他の災害の復旧に当たっている場合

(6)求職活動：児童の保護者が継続的に求職活動(起業準備を含む。)を行っている場合

(7)就学：児童の保護者が就学(職業訓練校等における職業訓練を含む。)している場合

(8)虐待・DV：虐待やDVのおそれがある場合

(9)育休継続利用：育児休業取得時に、既に保育を利用している児童がいて継続利用が必要な場合

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・保育給付認定に際し、市町村民税の情報を含む。)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき(利用者負担額等に教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

⑨

保護者氏名 **南幌 太郎**

⑨保護者氏名をご記入ください。

※可記入欄

受付年月日	課長	主幹	主担当	副
令和 年 月 日				
認定の可否 (否とする理由)	認定者番号		認定	
可・否 年 月 日認定			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/>	
支給(入所)の可否 (否とする理由)	支給(保)		自 至 年 年	
入所施設(事業者)名	備考			
副食費徴収免除該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

この欄は記入しないでください。

留意事項

教育・保育給付認定(保育の必要性の認定)及び施設(事業者)への入所については、

- ・保育の認定基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
- ・希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
- ・保育の認定基準の該当事由により利用期間と利用区分の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知おきください。

問合せ先：北海道空知郡南幌町
保健福祉課 健康子育てグループ

電話 011-378-5888(内線124)
FAX 011-378-5255

平日 8:30~17:00
(土日祝日と12月31日~1月5日を除く)