

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

教育・保育給付認定(新規・変更・再交付)申請書

教育・保育給付認定申請内容(変更・法第22条)届

区分	<input type="checkbox"/> 新規
	<input type="checkbox"/> 変更
	<input type="checkbox"/> 再交付

新 城 市 長 様

令和 年 月 日

保護者 現住所 _____

<R6.4.1 時点住所(予定)> ※現住所と変わる場合のみ記入してください。

 新城市

ふりがな
 氏 名 _____ (電話 - -)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育認定を申請(教育・保育給付認定申請内容を届出)します。

児童氏名等	氏 名		生 年 月 日		学 齡	性別	障害手帳の有無
	(ふりがな)		平成・令和 年 月 日生		R6.4.1の年齢 歳児	男・女	有・無
	個人番号 (マイナンバー)				保護者との続柄		
認定者番号	※既に保育認定を受けている場合に記入してください						
認定の種類	<input type="checkbox"/> 1号認定(3歳以上児で家庭保育が可能であるが集団での保育を希望するため)						
	<input type="checkbox"/> 2号認定(3歳以上児で家庭での保育ができないため)						
	<input type="checkbox"/> 3号認定(3歳未満児で家庭での保育ができないため)						
支給認定証の交付の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない						

①世帯の状況(父・母・兄弟姉妹・同居の家族について記入してください。)

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	個人番号 (マイナンバー)	職業・ 学校名等	障害手帳の有無(種類)
児童の世帯員	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
	(ふりがな)		・	男・女			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		里親制度の適用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ひとり親手当の該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

②入園を希望する期間、保育時間、施設

期 間	西暦 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 就学まで <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日まで	
保 育 時 間	平日	午前 7時30分・8時30分 から 午後 3時・4時・5時・6時・7時	
	土曜日	午前 7時30分・8時30分 から 午後 3時・4時・5時・6時・7時	
施 設 名	施設(事業者)名・希望理由		事業所番号*
	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父母の状況（当てはまる箇所すべてに☑を入れてください。）

父親の状況	<input type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳___級 <input type="checkbox"/> 療育手帳___判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳___級
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____）
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等） <input type="checkbox"/> 専業主夫 <input type="checkbox"/> その他（_____）
	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____）
	添付書類	<input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 不備（理由：_____）
母親の状況	<input type="checkbox"/> 外勤・内職	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 内職
	<input type="checkbox"/> 自営業・農業	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 専従者
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院 出産（予定）日：_____年_____月_____日
	<input type="checkbox"/> 傷病	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅安静 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> 心身障害	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳___級 <input type="checkbox"/> 療育手帳___判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳___級
	<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 看護（続柄：_____） <input type="checkbox"/> 介護（続柄：_____）
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 求職・起業準備 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 緊急（要保護等） <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他（_____）
	<input type="checkbox"/> 不在	<input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外：_____） <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（_____）
添付書類	<input type="checkbox"/> 完備 <input type="checkbox"/> 不備（理由：_____）	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が保育の認定に必要な市民税の情報（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保育料（利用者負担額）について、入園するこども園等へ提示することに同意します。

保護者氏名 _____

※市記載欄

受付年月日	_____年 _____月 _____日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可 _____年 _____月 _____日認定 <input type="checkbox"/> 否 理由：_____		<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 [<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 標準] <input type="checkbox"/> 3号認定 [<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 標準]
入園（支給）の可否	利用（支給）期間	
<input type="checkbox"/> 可 [<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] <input type="checkbox"/> 否 理由：_____	自 _____年 _____月 _____日 至 _____年 _____月 _____日	
類型	<input type="checkbox"/> 認定こども園 [<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（幼・保） <input type="checkbox"/> 保（幼・保） <input type="checkbox"/> 地（幼・保）] <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 [<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事]	
備考		

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市に提出する場合）

受付年月日	_____年 _____月 _____日
施設（事業者）名	(事業所番号：_____)
担当者氏名・連絡先	(担当者) _____ (連絡先) _____ - _____ - _____
契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 _____年 _____月 _____日] <input type="checkbox"/> なし