

様式第1号（第3条・第4条関係）

## 教育・保育給付認定・施設等利用給付認定申請書

令和〇年〇月〇日

豊明市長 殿

## 申請にあたっての確認事項

- 教育・保育給付認定又は施設等利用給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者含む。）及び世帯情報の閲覧並びに番号法第9条及び別表第一により、当該申請にかかる個人番号の取得及び記載を必要な範囲において行います。
- 子ども・子育て支援法第16条又は第30条の3の規定に基づき、教育・保育給付認定又は施設等利用給付認定の審査に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、認定や給付費の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。また、子ども・子育て支援法第30条の1第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合等、認定事務が集中するときは審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第20条第6項及び第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

上記の各事項に同意し、教育・保育給付認定又は施設等利用給付認定を希望する。子ども・子育て支援法第20条又は第30条の5の規定に基づき、次のとおり申請します。

認定希望月の1日を記入

		認定希望日 (施設利用開始予定日)		令和〇年〇月1日			
保護者	続柄	氏名		生年月日		住所	
	父	申請者	(フリガナ) トヨケ タロ 豊明 太郎		昭和〇年〇月〇日	豊明市新田町子持松〇〇	
			電話 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇		個人番号(マイナンバー) ※		
	母		(フリガナ) トヨケ ハコ 豊明 花子		平成〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ	
電話 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			個人番号(マイナンバー) ※				
申請子ども	氏名		生年月日	性別	住所		
	(フリガナ) トヨケ 一郎 豊明 一郎		令和〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の住所と違う → 現住所		
	障害者手帳の有無 有・無		個人番号(マイナンバー)		※		
申請子ども・ 保護者以外の 世帯員	氏名		申請子ども との続柄	氏名		申請子ども との続柄	
	豊明 松子 生年月日平成〇年〇月〇日		姉	生年月日 年 月 日			
	生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日			
	生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日			
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し・適用有り ( 年 月 日 保護開始)					
認定希望日の属する年の1月1日現在の住所	父親	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		母親	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		
認定希望日の前年1月1日現在の住所	父親	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		母親	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		

転入した場合、転入前の住所を記入

ンバー等の記入がない場合でも提出は可能です。

利用予定施設	〇〇〇〇園	所在地 市外施設のみ記入	〒 住所 電話 ( )
利用施設 (サービス)の種類	保育所・地域型保育事業所・認定こども園・幼稚園(新制度・未移行)・認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・企業主導型保育事業・その他( )		
申請する 認定区分	教育・保育給付認定 (認可保育所、認定こども園等の利用者) <input type="checkbox"/> 第1号 (教育標準時間認定) <input type="checkbox"/> 第2号 (満3歳以上・保育) <input type="checkbox"/> 第3号 (満3歳未満・保育)	施設等利用給付認定 (未移行幼稚園、認可外保育施設等の利用者) <input type="checkbox"/> 新1号 (教育) <input checked="" type="checkbox"/> 新2号 (3歳以上保育) <input type="checkbox"/> 新3号 (3歳未満保育かつ市町村民税所得割額非課税世帯に該当)	

預かり保育を利用する場合は記入してください

保育の利用を必要とする理由等

該当する□にレ点を付けてください。疾病・障がい及び介護等の場合は必要事項に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父・母 ・その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他  疾病・障がいの場合→ 傷病名 _____ 治療の見込 年 月 頃 入院の場合 年 月 日～ 年 月 日 (予定) 通院の場合 毎日・週 日・その他 _____  介護等の場合→ 傷病名 _____ 介護等の場所 病院・自宅・その他 _____ 日数及び時間 毎日・月 日・時 分～ 時 分 1か月の合計時間 時間 治療の見込 年 月 頃
父・母 ・その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠、出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他  疾病・障がいの場合→ 傷病名 _____ 治療の見込 年 月 頃 入院の場合 年 月 日～ 年 月 日 (予定) 通院の場合 毎日・週 日・その他 _____  介護等の場合→ 傷病名 _____ 介護等の場所 病院・自宅・その他 _____ 日数及び時間 毎日・月 日・時 分～ 時 分 1か月の合計時間 時間 治療の見込 年 月 頃	

□ ひとり親家庭等の場合はチェックしてください。

ひとり親家庭等の場合はチェックしてください。

教育・保育給付認定 (認可保育所、認定こども園等の利用者) を申請する場合、以下も記入してください。

希望する 利用時間	時 分 から 時 分 まで	保育必要量区分	<input type="checkbox"/> 標準時間認定となる場合においても、短時間認定を希望します
通知時期	<input type="checkbox"/> 保育所等利用決定時 <input type="checkbox"/> 保育所等利用決定前 保育所等を利用できなかったときに別の施設を利用する等必要がある場合は、「保育所等利用決定前」を選択してください。 「保育所等利用決定時」を希望する場合、利用する保育所等が決まった時に認定を行います。		
支給認定証 交付希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 支給認定証の交付を受けた場合、認定の変更の届出又は変更の申請の際、認定変更届・申請書に支給認定証を必ず添付 (返選) してください。希望しない場合、教育・保育給付認定通知書を発行しますが、認定変更届・申請書に添付の必要はありません。		

記入の必要はありません