

(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) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		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6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) 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)市町村民税課税の有無	備考
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	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 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※	<input type="checkbox"/> 教育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 <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・月】 <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	
	<input type="checkbox"/> 就労【勤務先： 就労時間：週 日、1日 時間】 <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・月】 <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"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 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	課長補佐	係長	主査	係
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)				<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				