

教育・保育給付認定申請書

松島町長 殿

保護者氏名

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	氏名	生年月日	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(フリガナ)	年 月 日生	男・女		
個人番号(子ども)					
保護者	氏名	生年月日	住所		
	(フリガナ)	年 月 日生	(連絡先電話番号)		
個人番号(保護者)					
保育の希望 の有無 (*1)	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等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。) 【2号・3号】			
	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。) 【1号】			

(*1)「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①保育を必要とする理由 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入してください。

保育を必要 とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 【 】	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 【 】		

②申請児童の情報

障害者手帳の有無	無・有(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)		
アレルギー情報	無・有()	その他特記事項	無・有()

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当 ・ 該当(<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当(年 月 日保護開始)

区分	氏名	生年月日	児童 との 続柄	多 子 軽 減 算 対 象 施 設 (*2)	職業又は 学校名等	個人番号
入所児童の 世帯員		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日生		<input type="checkbox"/> 対象		

(*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、対象にチェックを付けてください。

④利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利用を希望する 曜 日 ・ 時 間 (*3)	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時 分 から 時 分 まで
利用を希望する 施設(事業者)名 (*4)	施設(事業者)名・希望理由(*5)		
	第1希望	保育所	(希望理由)
	第2希望	保育所	(希望理由)
	第3希望	保育所	(希望理由)
			事業所番号(*6)
			事業所番号(*6)
			事業所番号(*6)

(*3) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

(*4) 幼稚園等を経由して町に提出する場合は記入不要です。

(*5) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

(*6) 町記載欄のため、申請時に記入は不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

教育・保育給付に係る給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む。）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

*施設記載欄（幼稚園等を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(施設・事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備 考	

*町記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
給付(入所)の可否		給付(利用)期間
可・否 (否とする理由)	[<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]	自 年 月 日
		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 認定子ども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 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		