

様式第1号(第3条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定(変更)申請書

年 月 日

吉備中央町長 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(変更)を申請します。

|                    |  |       |     |                   |
|--------------------|--|-------|-----|-------------------|
| 申請に係る小学校<br>就学前子ども | (ふりがな)<br>氏 名                          | 生年月日  | 性別  | 障害者手帳・療育<br>手帳の有無 |
|                    |  | 年 月 日 | 男・女 | 有・無               |
| 保護者<br>住所・連絡先      | (住 所)：〒                                |       |     |                   |
|                    | (電話番号)：                                |       |     |                   |
| 教育・保育給付<br>認定者番号   | ※ 既に教育・保育認定を受けている場合に記入してください。          |       |     |                   |
| 保育の希望の有無           | 有： 保護者の労働・疾病その他の理由により、保育所等での保育の利用を希望する |       |     |                   |
|                    | 無： 幼稚園等の利用を希望する                        |       |     |                   |

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所機能部分)及び地域型保育事業(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、幼稚園及び認定こども園(幼稚園機能部分)をいいます。

※ 「有」を○で囲んだ場合には①～④に、「無」を○で囲んだ場合には①、②及び④に必要事項を記入してください。

① 世帯の状況(同居の世帯員)

| 区分          | (ふりがな)<br>氏 名 | 子ども<br>との<br>続 柄       | 生年月日  | 性別  | 職 業<br>学 校 名 等 | 市町村民税<br>課税の有無 | 個人番号 |  |  |  |  |
|-------------|---------------|------------------------|-------|-----|----------------|----------------|------|--|--|--|--|
| 子どもの<br>世帯員 |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
|             |               |                        | 年 月 日 | 男・女 |                | 有・無            |      |  |  |  |  |
| 生活保護の適用の有無  |               | 適用無し・適用有り ( 年 月 日保護開始) |       |     |                |                |      |  |  |  |  |

② 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<br>施設（事業者）名 | 施設（事業者）名・希望理由   |        |
|                     | 第1希望            | （希望理由） |
|                     | 第2希望            | （希望理由） |
|                     | 第3希望            | （希望理由） |
|                     | 事業所番号*          |        |

○字は楷書ではっきりと書いてください。

\*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。

③ 保育の利用を必要とする理由等

※ 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に記入してください。

|                       | 続柄  | 必要とする理由   | 具体的な状況  |
|-----------------------|---|---|---------|
| 保育の利用<br>を必要と<br>する理由 |   | <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<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ<br><input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |         |
|                       |   | <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<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ<br><input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |         |
| 家庭の状況                 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 |   |         |
| 希望する<br>利用時間          | 利用曜日  |   | 利用時間    |
|                       | 曜日から 曜日まで   |   | 時から 時まで |

④ 個人情報等の提供に当たっての同意欄

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（同一世帯員を含む。）及び世帯情報を閲覧し、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 ㊟

【記入はここまで】

※ 町記入欄

|                |          |                      |  |
|----------------|----------|----------------------|--|
| 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<br>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<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ) |
| 支給（入所・利用）の可否   |          |                      | 支給(利用)期間   |
| 可・否            | (否とする理由) | 自： 年 月 日<br>至： 年 月 日 |  |
| 入所施設（利用事業者）名   |          |                      |  |
| 備考             |          |                      |  |