

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

年 月 日

妙高市長 宛て

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

保護者の 氏名・住所 生年月日	氏名		生年月日		住所	
	印		年 月 日		妙高市	
	令和5年1月1日 時点の住所（*1）		□市内 □市外（ ）			
申請に係る 小学校就学前 子ども	（ふりがな） 氏名		生年月日		性別	個人番号 （マイナンバー）
			年 月 日（歳）		男・女	
連絡先	自宅		父携帯		母携帯	
保育の 希望の有無	有 : 保護者の労働又は疾病等により、認定こども園・保育所等(*2)において保育の利用を希望する場合					
	無 : 認定こども園での教育・幼稚園の利用を希望する場合					

（\*1）令和5年1月1日現在に妙高市に住所がない場合は、両親の前住所地の「令和5年度分市町村民税所得・課税証明書」または「令和5年度分市町村民税納税通知書」が必要となります。

（\*2）「認定こども園・保育所等」は、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育を含みます。「保育の希望の有無」で、『有』に○をした人は①～④に、『無』に○をした人は①、②及び④に、必要事項を記入してください。

①世帯状況（申請する子どもを除く同居親族）※入園年度の4月1日時点の状況を記載ください。

区分	（ふりがな） 氏名	申請する 子ども との続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名	個人番号 （マイナンバー）
子どもの 世帯員			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
家庭の状況			□ひとり親家庭（□離婚又は死別 □未婚） ・ □左記以外			
生活保護の適用の有無			無 ・ 有（ 年 月 日保護開始）			
右に掲げる条件に該当する世帯員の有無			無 ・ 有（該当項目： 該当世帯員名： ） ※該当がある場合は証書等の写しを添付してください。 ア 身体障害者手帳の交付を受けた者 イ 療育手帳の交付を受けた者 ウ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者 エ 特別児童扶養手当の支給対象児 オ 国民年金の障害基礎年金等の受給者			

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 施設（事業者）名	□新規入園 □転園（現在の園名： ） 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）
	第4希望	（希望理由）

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。※印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

（表面）

③保育の利用を必要とする理由等

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由				備考
		<input 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"/> 育休継続利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		<input 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"/> 育休継続利用 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (1日11時間まで)		<input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日8時間まで)			
希望する利用時間	利用曜日		利用時間			
	月曜日 から 金曜日 まで		登園時間	:	降園時間	:
	土曜日 ( <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない)		登園時間	:	降園時間	:

④税務情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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 <span style="float: right;">印</span>

■ 添付書類

- ・③の事項を証明する書類(就労証明証など)
- ・利用者負担額の算定に必要な書類
- ・その他必要な書類

※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
可・否 (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)
年 月 日認定			
教育・保育給付(入所)の可否			認定(利用)期間
可・否 (否とする理由)			自 年 月 日
[ <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]			至 年 月 日
入所施設(事業者)名			
<input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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)			
支給認定証の交付希望		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考			

\*施設記入欄(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)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定( 年 月 日契約(内定)))・無
備考	