

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 | |
| | 現在の住所 | | | | | |
| | 令和5年1月1日 時点の住所（*1） | | <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 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(*3)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)通常、入園手続きに2週間ほど時間がかかりますので、転入後は速やかに正式な申請書の提出をしていただきますよう、お願いします。（こちらの仮申込書だけでは入園いただけません）

(*3)「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 | | |
| 家庭の状況 | | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭—(<input type="checkbox"/> 離婚又は死別— <input type="checkbox"/> 未婚)— ・ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 新規入園 <input type="checkbox"/> 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。
(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 印

- 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 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定 | 認定者番号 | 認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 教育・保育給付 (入所) の可否 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 | 認定 (利用) 期間 自 年 月 日 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) を経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 | |