

仮予約（未出生）

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。

また、同認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報の閲覧並びにその情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者の 氏名・住所 生年月日	氏名	生年月日	住 所		
		年 月 日	妙高市		
	令和6年1月1日時点の住所	<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	出産予定日	性別	個人番号 (マイナンバー)	
	(*1)	年 月 日(歳)	男・女	(*1)	
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)お子さんの氏名・個人番号(マイナンバー)は出生後の本申請時に記入してください。

(*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①～③に、『無』に○をした人は①～②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			<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <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:)	
	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)

(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	:		

- 添付書類
- ・③の事項を証明する書類 (就労証明証など)
 - ・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) 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)
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) <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	

(裏面)