

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(現況届)兼入所申込書

有田町長 様

年 月 日

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・保育給付認定を申請し(現況を届出し)、保育所等への入所を申し込みます。

また、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(同一世帯者を含む)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、特定教育給付等について提示することに同意します。

R6.4.1現在の年齢を

記入してください

保護者(申請者)	住所	有田町 立部乙2202			氏名	有田 太郎		
入所児童	氏名	ふりがな ありた さくら		生年月日	R6.4.1現在	年齢	性別	障害者手帳等
	有田 さくら		H・R 30年 4月 3日生		5歳	男・女	有・無	
認定者番号	※既に認定を受けている場合のみ記入			申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再届			
保育の希望の有無(いずれかに○)	有	保育所、認定こども園(保育部分)等において保育の利用を希望する						*有の場合の手帳 特別児童扶養手当・障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳
	無	幼稚園、認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合(保育所等)						
連絡先	自宅	0955-46-2111	父 ☎	080-●●●●-●●●●				

①世帯の世帯主 ※同居している人(世帯分離含む)全員について記入してください。

世帯員(入所児童以外)	氏名	児童からみた続柄	生年月日	障害者手帳等	勤務先・学校名等	同居/別居
	ありた たろう 有田 太郎	父	T・S・H・R 63年 10月 10日生	有・無	〇〇商事	同・別
	ありた はな 有田 華奈	母	T・S・H・R 2年 3月 3日生	有・無	〇〇銀行	同・別
	ありた いちたろう 有田 一太郎	兄	T・S・H・R 29年 5月 7日生	有・無	〇〇保育園	同・別
	ありた ぶんじ 有田 文次	祖父	T・S・H・R 40年 1月 10日生	有・無	自営業 〇〇屋	同・別
	ありた ふみこ 有田 史子	祖母	T・S・H・R 42年 2月 3日生	有・無	〇〇〇会社(株)	同・別
施設の利用開始希望日の当年1月1日現在の住所	父親	町内・町外(長崎県長崎市〇〇町〇〇番地)	母親	町内・町外()		
施設の利用開始希望日の前年1月1日現在の住所	父親	町内・町外(長崎県長崎市〇〇町〇〇番地)	母親	町内・町外()		

②利用を希望する期間、利用を希望する施設(事業者)

利用を希望する期間	令和 6年 4月 1日 から 令和 7年 3月 31日			
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	●●保育園	希望理由	通園中のため
	第2希望	〇〇〇園	希望理由	勤務先から近いから
	第3希望	△△△△保育園	希望理由	実家から近いから

(表面)裏面もご記入ください。

③保育の利用を必要とする理由等（表面の「保育の希望の有無」欄で「有」を選択した場合に記入してください。）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由					
	父	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	
		<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()			
	母	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	<input type="checkbox"/> 介護・看護	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産
<input type="checkbox"/> 就学		<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他()				
希望する利用時間	利用曜日			利用時間			
	曜日から		曜日まで	分まで			

教育（1号）希望の方は、記入の必要はありません。

※町記載欄

個人番号確認				
本人確認	申請者の番号確認		提出者の身元確認	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し又は住民票記載事項証明書		写真あり(1点)	写真なし(2点)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				
入所施設(事業者)名	<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) <input type="checkbox"/> 認定こども園 【 <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)】			有田町受付印
備考				

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日			
個人番号確認				
本人確認	申請者の番号確認		提出者の身元確認	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し又は住民票記載事項証明書		写真あり(1点)	写真なし(2点)
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				
施設(事業者)名			担当者名	
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 契約(年 月 日) <input type="checkbox"/> 内定(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無			