

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、特定教育委員会に提出することに同意します。

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	H・R 〇年 4 月 3 日生		年齢	R 〇. 4. 1 現在 〇 歳	性別	男・女	障害者手帳等	有・無
	有田 さくら			個人番号									
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	☐ 新規 ☐ 再入	
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											
	☐ 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	関係	生年月日	障害者手帳等	勤務先・学校名等	同居/別居
	ふりがな	続柄	個人番号			
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	〇〇小学校	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
			年 月 日			同・別
			年 月 日			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 〇 年 4 月 1 日 から 令和 〇 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	☐ 就労	☐ 疾病・障がい	☐ 介護・看護	☐ 災害復旧	☐ 求職活動	
		☐ 就学	☐ 育児休業	☐ その他()			
	母	☐ 就労	☐ 疾病・障がい	☐ 介護・看護	☐ 災害復旧	☐ 求職活動	☐ 妊娠・出産
☐ 就学		☐ 育児休業	☐ その他()				
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	7	時 30 分から 18 時 0 分まで	

利用希望時間は、保育を必要とする時間帯をご記入ください。

※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	
	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 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) ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ ()	写真なし(2点) ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ ()
☐ 済 ☐ 未				
入所施設(事業者)名			有田町受付印	
	☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型 (☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事) ☐ 認定こども園 【 ☐ 連 ☐ 幼 ☐ 保 ☐ 地 (☐ 幼 ☐ 保)】			
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	
	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 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) ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ ()	写真なし(2点) ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ ()
☐ 済 ☐ 未				
施設(事業者)名			担当者名	
入所契約(内定)の有無	☐ 契約(年 月 日) ☐ 内定(年 月 日) ☐ 無			