

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。

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 5 歳		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	有田 さくら	<input checked="" type="radio"/> H・R 31年 4 月 3 日生			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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再入	
保育の希望の有無(いずれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 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							
	<input type="radio"/> 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-	●●●●-●●●●			

R7.4.1現在の年齢を記入してください

*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

①世帯の世況 ※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。

単身赴任の場合も記入してください。	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用あり <input type="checkbox"/> 適用なし			
世帯員(入所児童以外)	氏名	児童からみた続柄	生年月日 個人番号	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・ <input checked="" type="radio"/> S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 63年 10月 10日生	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	〇〇商事	同・ <input checked="" type="radio"/> 別
	ありた はな 有田 華奈	母	T・S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 2 年 3月 3日生	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	〇〇銀行	<input checked="" type="radio"/> 同・別
	ありた いちたろう 有田 一太郎	兄	T・S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 29 年 5月 7日生	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	〇〇小学校	<input checked="" type="radio"/> 同・別
	ありた ぶんじ 有田 文次	祖父	T・ <input checked="" type="radio"/> S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 40 年 1月 10日生	<input checked="" type="radio"/> 有・無	自営業 〇〇屋	<input checked="" type="radio"/> 同・別
	ありた ふみこ 有田 史子	祖母	T・ <input checked="" type="radio"/> S・ <input checked="" type="radio"/> H・R 42 年 2月 3日生	・ <input checked="" type="radio"/> 無	〇〇〇会社(株)	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 町外(長崎県長崎市〇〇町〇〇番地)	母親	町内・町外()		

*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

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 7 年 4 月 1 日 から 令和 8 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	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産
希望する利用時間	利用曜日			利用時間		
	月	曜日	金	曜日	7時30分	18時0分

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	
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<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) <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"/> ()	写真なし(2点) <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"/> ()
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"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<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) <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"/> ()	写真なし(2点) <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"/> ()
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			