

保育認定申請書および保育・幼児教育施設利用申込書

(あて先) 甲良町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。
また、町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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・保育施設等に対して提示することに同意します。

令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名 (印)

Table with columns for child's name, sex, birth date, and guardian's name, sex, birth date. Includes checkboxes for disability and care records.

Table for guardian's residence information, including current address, date of move, and contact details for home and mobile phone.

Table for certification number, with a note to enter only if already receiving certification.

Table for care wishes, with checkboxes for 'Yes' and 'No' and detailed instructions on what to enter in the following items.

※1) 「保育所等」とは、保育所、認定こども園長時部(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
※2) 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども短時部(教育部分)をいいます。

1 世帯の状況 家庭の状況 □ ひとり親家庭 □ それ以外

Table for household status listing family members, their names, relationships, ages, genders, occupations, and IDs.

生活保護適用の有無 □ 適用無し □ 適用有り(平成・令和 年 月 日保護開始)

◎父または母が児童と同居していない場合、その状況について以下に記入してください。

Table for non-cohabiting family members, including names, relationships, reasons for non-cohabitation, and dates.

※裏面も漏れなく記入してください。

②

(裏面)

利用を希望する施設(事業者)名、利用を希望する期間

|                 |                        |      |                       |
|-----------------|------------------------|------|-----------------------|
| 利用を希望する施設(事業者)名 | 施設(事業者)名               | 希望理由 | (事業所番号)<br>※町処理欄、記入不要 |
|                 | 第1希望                   |      |                       |
|                 | 第2希望                   |      |                       |
| 利用を希望する期間       | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで |      |                       |

③

保育の利用を必要とする理由等

※保育所等※<sup>1)</sup>において保育の利用を希望する場合のみ以下の項目に記入してください。

|               |        |   |                                  |
|---------------|--------|---|----------------------------------|
| 保育の利用を必要とする理由 | 児童との続柄 | 必要とする理由   | 具体的な状況等<br>(勤務先、就労時間・日数や疾病等の状況等) |
|               |        | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |
|               |        | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等<br><input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |

|                |                                    |               |                   |
|----------------|------------------------------------|---------------|-------------------|
| 保育の利用を必要とする時間等 | 必要とする曜日                            | 1日のうちで必要とする時間 | 備考※ <sup>3)</sup> |
|                | <input type="checkbox"/> 平日(月～金曜日) | ( : ~ : まで)   |                   |
|                | <input type="checkbox"/> 土曜日       | ( : ~ : まで)   |                   |

※<sup>3)</sup> 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください。

| 承諾書  |                    |
|--|--------------------|
| 私は、次の①から④までの内容について承諾します。   |                    |
| ① 支給認定、利用審査及び利用者負担額の算定に必要な私、配偶者その他世帯員の個人情報を利用すること。                           |                    |
| ② ①の個人情報について、必要に応じて他市町及び保育所等、関係機関に調査または提供すること。                               |                    |
| ③ 保育に必要な申請児童の健診および予防接種、相談等の情報について関係機関に調査または提供すること。                           |                    |
| ④ 認定申請に当たって、4月入所の場合は認定事務および利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、認定書の送付が2月頃になることを同意します。 |                    |
| 甲良町長 様   | 令和 年 月 日           |
|  | 申請児童の<br>保護者氏名 (印) |

----- [ 記入はここまで ] -----

※町記載欄

|   |          |   |
|---|----------|---|
| 受付年月日   | 令和 年 月 日 |   |
| 認定の可否   | 認定者番号    | 認定区分等   |
| <input type="checkbox"/> 可(令和 年 月 日認定)  |          | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 ) |
| <input type="checkbox"/> 否(理由 )   |          | <input type="checkbox"/> 3号( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短 )                             |
| 支給(入所)の可否   |          | 支給(利用)期間  |
| <input type="checkbox"/> 可 ( <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ) <input type="checkbox"/> 否                         |          | 自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日  |
| 入所施設(事業者)名  |          |   |
| ※類型 <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"/> 事 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 ) |          |   |
| 備考  |          |   |

※施設記載欄(施設(事業者)を經由して町に提出する場合)

|             |  |
|-------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定(平成 年 月 日契約(内定)) ) <input type="checkbox"/> 無 |
| 備考          |  |