

教育・保育給付認定申請書 兼 施設入所申込書

年 月 日
安芸高田市長 様

(保護者氏名)

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

| | | | | |
|------------------------|--|--------|-------|----------|
| 申請に係る 小学校就学前 子ども | 氏 名 | 生年月日 | 性別 | 障害者手帳の有無 |
| | (ふりがな) | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | 有 ・ 無 |
| 個人番号 | 2024.4.1時点での年齢 () 歳 | | | |
| 保護者 住所・連絡先 | (住所) 安芸高田市 (連絡先) 携帯: (続柄:) 自宅: | | | |
| 認定証番号 | ※既に支給認定を受けている場合に記入してください。 | | | |
| 保育の希望の有無(※) | 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く) | | | |

- (※) ・ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(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。(以下同じ)
 ・ 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・ 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

| 区分 | 【上段】氏 名 【下段】個人番号 | 子ども との続柄 | 生年月日 | 性別 | 職 業 又は 学校名等 | 障害者 手帳の 有無 | 前(当)年度分市 町村民税課税 の有無 |
|---------------------------------|---------------------|-------------|--------|-------|-------------------|------------------|---------------------------|
| 子 ど も の 世 帯 員 | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | (ふりがな) | | 年 月 日生 | 男 ・ 女 | | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 生活保護の適用の有無 | | 適用無し ・ 適用有り | | | (保護開始) | | |

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

| 利用希望期間 | 年 月 日 から | 年 月 日 | 就 学 前 まで | 施設(事業者)名 ・ 希望理由 | 事業所番号* |
|---------------------|----------|-------|----------|-----------------|--------|
| 利用を希望する 施設(事業者)名 | 第1希望 | | | (理由) | |
| | 第2希望 | | | (理由) | |
| | 第3希望 | | | (理由) | |
| | 第4希望 | | | (理由) | |
| | 第5希望 | | | (理由) | |

- *印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
 ○ 字は楷書ではっきりと書いてください。
 ○ 裏面も記入してください。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

| | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|--|---|---|---|---|-----|---|
| | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 | | | | | | |
| 保育の利用を必要とする理由 | | <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 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)) | | | | | | | |
| | | <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 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)) | | | | | | | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | | | | | | | | |
| 希望する利用時間 | 利用曜日 | | 利用時間 | | | | | | |
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 時 | 分から | 時 |
| 希望する保育必要量 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間 (8時間以上11時間未満) | | <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間未満) | | | | | | |

④税情報等の提供・安芸高田市多子世帯軽減申請に当たっての署名欄

市町村が子どものための教育・保育給付認定等に必要とする市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。
 安芸高田市の保育料多子世帯負担軽減措置を申請し、市税等の滞納の有無を確認するため、担当部署へ問い合わせること。
 入所申込書類等で第2子以降であることが確認できない場合、市町村の戸籍担当課へ問い合わせること。
 また、これらの情報について、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。

保護者氏名

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)
 (対象となる世帯員の氏名 ・ 当時の居住地)

※土曜日の午後保育を希望される場合、事前に各園へ申し込みが必要です。
 詳細は、各園へ直接、お問い合わせください。

* 市町村記載欄

| | | | |
|---|--|---|---|
| 受付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 認定の可否 可・否 (否とする理由) | 認定者番号 | | 認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標) |
| 支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) | 支給認定期間 自 年 月 日 至 年 月 日 | | 契約期間 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| (<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) | 入所施設 (事業者) 名 | | 年度 利用施設名 |
| (<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"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設) | | | |
| 保護者の身元確認 備考 | 無・有 (<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> その他 ()) | | |

* 施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市町村に提出する場合)

| | | | |
|-------------|---------------------------------|---|---|
| 受付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 施設 (事業者) 名 | (事業所番号 :) | | |
| 担当者氏名 | (担当者) | | |
| 連絡先 | (連絡先) | | |
| 利用契約(内定)の有無 | 有 (契約・内定 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無 | | |
| 備考 | | | |