

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兼利用申込書

年 月 日

保護者氏名

(宛先) 五島市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	ふりがな 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無	個人番号
		年 月 日 生	男・女	有・無	
保護者 住所・連絡先	(住所) 五島市 (連絡先) 自宅: 0959- - 取次: - [方] 携帯: - - () 携帯: - - ()				
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。				
保育の希望の 有無 (※)	有: 保護者の労働者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。)				
保育の必要量	ア. 保育標準時間 イ. 保育短時間				

(※)「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下さい。

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名	児童 との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	個人番号	同居 別居の 別
児童の 世帯員			年 月 日 生	男・女			同居 別居
			年 月 日 生	男・女			同居 別居
			年 月 日 生	男・女			同居 別居
			年 月 日 生	男・女			同居 別居
			年 月 日 生	男・女			同居 別居
			年 月 日 生	男・女			同居 別居
生活保護の 適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり		身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神 障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が			いる・いない	
(年 月 日保護開始)			特別児童扶養手当の支給対象者が			いる・いない	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 理由: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> 上記以外		国民年金の障害基礎年金の受給者が			いる・いない	

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
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*
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

*印の欄は市役所記載欄ですので、記入する必要はありません。

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下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	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"/> 虐待・DVの恐れ <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））別紙のとおり	
		<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"/> 虐待・DVの恐れ <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））別紙のとおり	
		<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"/> 虐待・DVの恐れ <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））別紙のとおり	
		<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"/> 虐待・DVの恐れ <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））別紙のとおり	
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時から 時まで

④税情報等の提供に当たっての署名欄

五島市が施設型給付費・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すること。また、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。

保護者氏名

※世帯員の住居地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が五島市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）

住所：

世帯員氏名：

* 市役所記載欄	受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)	自 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]		至 年 月 日
入所施設(事業者)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)]		
備考		
* 施設記載欄(施設(事業者)を經由して提出する場合)	受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号：)	
担当者氏名・連絡先	(担当者)	(連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無	
備考		