

記 入 上 の 注 意

この教育・保育給付認定申請書は、保護者が次の点に注意し記入のうえ五島市（施設（事業者））を経由して提出する場合は、入所を申し込んだ施設）に提出して下さい。なお、その家庭から2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いて下さい。

（表面）

- 1 「申請に係る小学校就学前の子ども」の欄は「氏名」にふりがなを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んで下さい。
- 2 「障害者手帳の有無」の欄は、申請児童に係る障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）の有無について、該当するものを○で囲んで下さい。
- 3 「保護者住所・連絡先」欄の（連絡先）については、連絡先が複数ある場合は連絡のつきやすい順に全て記入して下さい。
- 4 「認定者番号」の欄は、申請児童が既に施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定を受けている場合は、当該申請児童に係る認定者番号を記入して下さい。
- 5 「保育の希望の有無」欄は、希望するものを○で囲んでください。
- 6 「保育の必要量」欄は、希望するものを○で囲んでください。（ただし、月の就労時間が120時間に満たない場合は、保育標準時間の給付は受けることができません。）
- 7 ①「世帯の状況」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の両親（同居・別居の別の欄は該当するものを○で囲んで下さい。）及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」欄は該当するものを○で囲んで下さい。
また、世帯員の中で申請児童の他に係る障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）について、該当するものを○で囲んで下さい。なお、利用料の決定のために必要な書類をあわせて添付して下さい。
個人番号は利用料の決定のために必要になりますので、必ず記入して下さい。
- 8 ①「家庭の状況」の欄は、該当する□にチェック（)して下さい。
- 9 ①「生活保護の適用の有無」の欄は、該当する□にチェック（)して下さい。
- 10 ②「利用を希望する期間」の欄は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設（事業者）の利用を希望する期間を記入して下さい。（「保育の希望の有無」の欄で「有」を○で囲んだ場合は、保育の実施が必要な理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入して下さい。）
- 11 ②「利用を希望する施設（事業者）名」の欄は、希望する順位に従い施設（事業者）名を記入し、また、その施設（事業者）を希望する理由（例えば、既に兄弟が利用しているため、延長保育（預かり保育）を実施しているため、距離が近い等）を記入して下さい。

（裏面）

- ※ 裏面の③「保育の利用を必要とする理由等」の欄は、表面の「保育の希望の有無」の欄で「有」を○で囲んだ場合に記入して下さい。
（「無」を○で囲んだ場合は記入の必要はありません。）
保育の認定基準は、次の表に掲げるような場合です。

保育の認定基準
<p>保育の必要性の認定を受ける場合は、両親いずれも（両親と別居している場合には児童の面倒を見ている者）が次のいずれかの事情にある場合です。</p> <p>(1) 就労等（家庭外労働）児童の保護者が家庭の外で仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合 （家庭内労働）児童の保護者が家庭で仕事を離れて日常の家事以外の仕事をするのが普通なので、その児童の保育ができない場合</p> <p>(2) 妊娠・出産 児童の保護者が出産の前後のため、その児童の保育ができない場合</p> <p>(3) 疾病・障害 児童の保護者が病気、負傷、心身に障害があったりするので、その児童の保育ができない場合</p> <p>(4) 介護等 児童の家庭に介護が必要な高齢者や、長期にわたる病人、心身に障害のある人、小児慢性疾患に伴う看護が必要な兄弟姉妹がおり、保護者がいつもその同居又は長期入院・入所している親族の介護・看護にあたるため、その児童の保育ができない場合</p> <p>(5) 災害復旧 火災や、風水害や、地震などの不幸があり、その家庭を失ったり、破損したため、その復旧の間、児童の保育ができない場合</p> <p>(6) 求職活動 児童の親が求職活動（起業準備を含む）を行っているため、その児童の保育ができない場合</p> <p>(7) 就学 児童の親が就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）のため、その児童の保育ができない場合</p> <p>(8) 児童虐待・DV 児童虐待のおそれがあることおよび配偶者からの暴力により保育を行うことが困難な場合</p>

- 12 ③「保育の利用を必要とする理由」の欄は、表面の①「世帯の状況」の欄に記入した児童の世帯員のうち、両親及び同居している両親以外の同居している親族等ごとに、児童を保育できない理由を上表に掲げるいずれの場合に該当するかを判断して、該当する□にチェック（)して下さい。また、その具体的な状況について、該当する入所要件確認書類を添付して下さい。なお、記載している以外で児童を保育できない理由がある場合（育児休業など）は「その他」にチェック（)し、内容を（ ）内に記入して下さい。また、「続柄」の欄について、同一の「続柄」に属するものが複数いる場合には、備考欄に氏名を記入して下さい。
- 13 ④「税情報等の提供に当たっての署名欄」は、署名欄に記載の内容を確認のうえ、署名して下さい。

（留意事項）

- 支給認定（保育の必要性の認定）及び施設（事業者）への入所については、
- ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
 - ・ 希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
 - ・ 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合がありますから、あらかじめご承知下さい。

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

令和3年11月10日

保護者氏名 五島 太郎

五島市長 殿

次のとおり、保育の利用を希望の場合は「有」に○をつけて下さい。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	氏名 ごとう じろう 五島 二郎	生年月日 平成27年5月5日生	性別 男(○) 女	障害者手帳の有無 有(○) 無	個人番号 *****
保護者 住所・連絡先	(住所) 五島市 ○○町2-10 (連絡先) 自宅: 0959- XX - XXXX 取次: - 携帯: 000-0000-0000 (父) 携帯: XXX-XXXX-XXXX (母)				
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 <input checked="" type="radio"/> 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 希望する方に○をつけて下さい

区分	ふりがな氏名	元里との続柄	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	ごとう 太郎	父	昭和 60年 10月 10日生	男(○) 女	〇〇会社	*****	同居(○) 別居
	ごとう 花子	母	昭和 62年 5月 8日生	男 女(○)	××会社	*****	同居(○) 別居
	ごとう 一郎	兄	平成 26年 9月 1日生	男(○) 女	△△小学校	*****	同居(○) 別居
	ごとう 美代子	祖母	昭和 30年 8月 11日生	男 女(○)		*****	同居(○) 別居
				年 月 日生	男・女		

生活保護の適用の有無	<input checked="" 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 checked="" 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

該当する箇所にチェック

希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間 令和4年 4月 1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	〇〇保育園 (希望理由) 職場から距離が近い	
	第2希望	●●保育園 (希望理由) 家から距離が近い	
小学校就学始期に達するまでのうち、保育所の利用を希望する期間を記入して下さい			(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

該当する箇所をチェック

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" 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	
	母	<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 checked="" type="checkbox"/> その他(育児休業) (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	
	祖母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input checked="" 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	
希望する利用曜日	希望する利用の曜日に○をつけて下さい 月 火 水 木 金 土	希望する時間帯 7時から 18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(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。

必ず、署名をお願いします

保護者氏名 五島 太郎

※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)

令和3年1月1日時点、令和4年1月1日時点で五島市に住所がない世帯員がいる場合は 有 にチェック

住所：〇〇県xx市△△町6-3

世帯員氏名：五島太郎(父) 五島花子(母) 五島一郎(兄) 五島二郎(本人)

* 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) 令和3年1月1日、令和4年1月1日時点で五島市に住所がない方の氏名と児童との関係、住民票所在地をご記入下さい		<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) [<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]		自 平成 年 月 日 至 平成 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)を経由して提出する場合)		受付年月日	平成 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(平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無		
備考			

申請日を記入して下さい

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

令和3年11月10日

保護者氏名 五島 太郎

五島市長 殿

次のとおり幼稚園機能の利用を希望の場合には「無」に○をつけて下さい

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 ごとう じろう 五島 二郎	生年月日 平成27年5月5日生	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	障害者手帳の有無 有 <input checked="" type="radio"/> 無	個人番号 *****
保護者 住所・連絡先	(住所) 五島市 〇〇町2-10 日中に連絡可能な番号を記入して下さい				
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) <input checked="" type="radio"/> 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 保育の希望が無の方は記入する必要はありません				

(※) 「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に必要な事項を記入して下さい

①世帯の状況

区分	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	ごとう 太郎	父	昭和60年10月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	〇〇会社	*****	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	ごとう 花子	母	昭和62年5月8日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女	××会社	*****	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	ごとう 一郎	兄	平成26年9月1日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女	△△小学校	*****	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	ごとう 美代子	祖母	昭和30年8月11日生	男 <input checked="" type="radio"/> 女		*****	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
				年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女			同居 <input type="radio"/> 別居
生活保護の適用の有無	<input checked="" 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 上記以外		国民年金の障害基礎年金の受給者が				いる <input checked="" type="radio"/> いない

該当する箇所にチェック	希望する施設(事業者)名	
利用を希望する期間	令和4年 4月 1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	
	第1希望	〇〇認定子ども園 (希望理由) 職場から距離が近い
	第2希望	●●認定子ども園 (希望理由) 家から距離が近い
小学校就学始期に達するまでのうち、幼稚園の利用を希望する期間を記入して下さい	(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

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	希望する利用時間	幼稚園機能を希望される方は記入する必要はありません	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

必ず、署名をお願いします

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(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 **五島 太郎**

※ 世帯員の住居地について

前年、当年の1月1日時点の住居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)

令和3年1月1日時点、令和4年1月1日時点で五島市に住所がない世帯員がいる場合は 有 にチェック

住所：〇〇県xx市△△町6-3

世帯員氏名：五島太郎(父) 五島花子(母) 五島一郎(兄) 五島二郎(本人)

* 市役所記載欄		受付年月日	年 月 日
可・否 (否とす)	令和3年1月1日、令和4年1月1日時点で五島市に住所がない方の氏名と児童との関係、住民票所在地をご記入下さい	番号	認定区分等
平成 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) [<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]		自 平成 年 月 日 至 平成 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)を経由して提出する場合)		受付年月日	平成 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 (平成 年 月 日 契約(内定)))) ・ 無		
備 考			