

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

年 月 日

筑西市福祉事務所長 様

保護者氏名

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定及び支給認定証の交付を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	(フリガナ) 氏 名	性別	生年月日
	()	男・女	年 月 日 (歳 月)
保護者住所・連絡先	【現住所：】 令和5年1月1日時点の住所：□現住所と同じ □異なる住所【旧住所】 令和6年1月1日時点の住所：□現住所と同じ □異なる住所【旧住所】 ※連絡のつきやすい順に数字を入れてください。 (携帯電話番号) □父 () (電話番号) () □母 ()		
保育の希望の有無(注1) ※○で囲んでください	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(2・3号) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(1号)		

(注1) ・ 「保育所等」とは、保育所(園)、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育等をいいます。
・ 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

1 保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 ⇨	
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 ⇨		

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有(身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有()
その他特記事項	無・有()

3 世帯の状況

要保護等世帯の有無	非該当・該当(□ひとり親世帯等【未婚・離別・その他】 □在宅障がい児(者)のいる世帯)						
生活保護の適用の有無	非該当・該当(年 月 日保護開始)						
区分	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢	性別	子どもとの続柄	職業又は学校名等	備考 ※別居のみ住所記入
子どもの世帯員	()	年 月 日		男・女			同居・別居 住所：
	()	年 月 日		男・女			同居・別居 住所：
	()	年 月 日		男・女			同居・別居 住所：
	()	年 月 日		男・女			同居・別居 住所：
	()	年 月 日		男・女			同居・別居 住所：

※同一住所にお住まいの方全員を記載してください。(世帯分離していても同住所の場合は記載してください。)

4 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	
希望する 利用曜日・時間 (注2)	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分 から	時 分 まで
利用を希望する 施設(事業者)名 (注3)	施設(事業者)名		所在地(注4)	希望理由(注5)
	第1希望			
	第2希望			
	第3希望			

(注2) 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。 短時間希望(短時間:午前8時~午後4時)

(注3) 幼稚園等を経由して市町村に提出する場合は記入不要です。

(注4) 市外の保育施設を希望する場合、保育施設がある市区町村名を記入してください。

(注5) 小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

5 利用者負担額の提示に当たっての署名欄

筑西市が市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯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

* 施設記載欄(幼稚園等に入園する場合)

受付年月日	年 月 日	利用する期間	年 月 日から	年 月 日
施設(事業者)名	(施設・事業所番号:)			
施設所在地	〒			
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				

* 筑西市記載欄

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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日認定		
給付(入所)の可否		給付(利用)期間
可・否 (否とする理由)		年 月 日から
〔 <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〕		年 月 日まで
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		