

# 教育・保育給付認定申請書

申請年月日： 年 月 日

枕崎市長 殿

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

子どものための教育・保育給付（施設型給付費、地域型保育給付費等）に係る教育・保育給付認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請に係る小学校就学子ども	氏 名	生 年 月 日	性 別	障害者手帳の有無			
		年 月 日		有 ( ) ・ 無			
	認定者番号	(既に教育・保育に関する認定を受けている場合に記入してください。)	個人番号				
保護者住所・連絡先	(住所) 〒			(連絡先：電話番号)			
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。）			教育・保育給付認定証交付の希望の有無		有 無	

① 世帯の状況（続柄には父・母・兄・妹・祖父母等を記載してください。）

区分	氏 名	続柄	生 年 月 日	性別	職業又は学校名等	市町村民税課税の有無	備 考 (障害、別居等)
			個 人 番 号				
小学校就学子どもの世帯員							
生活保護の適用の有無			適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日保護開始)				

② 利用を希望する施設（事業者）名、希望する期間等

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)	
利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで			
利用を希望する時間	利 用 曜 日			利 用 時 間
	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜			時から 時まで

③ 保育の利用を必要とする理由等（※ 理由について証明する書類を添付してください。）

※ 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務時間、就労時間・日数等、疾病の状況など))	
	1日当たりの勤務時間：      時      分～      時      分 (※ 勤務時間には、通勤時間及び休憩時間を含めてください。)	
	1月当たりの勤務日数：      日	
	<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 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況(勤務時間、就労時間・日数等、疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 第3子以降 <input type="checkbox"/> 兄弟同時利用 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 虐待・DV等 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業 <input type="checkbox"/> その他 (      )	

④ 税情報の提供等についての署名欄

子どものための教育・保育給付（施設型給付費、地域型保育給付費等）に係る教育・保育給付認定のため、次の事項について同意します。

- 私の世帯の課税状況等について、担当職員が税務課等の保有する税情報を閲覧し、調査し、及び確認すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- 教育・保育利用認定との重複を避けるため、枕崎市教育委員会に申請内容の情報を提供すること。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 市記入欄（これより下は、市担当者が記入しますので、記入しないでください。）

	年      月      日		
教育・保育給付認定の可否		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 )
支給(入所)の可否等		支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)		自	年      月      月
[ <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      月
利用施設(事業者)名等			
<input type="checkbox"/> 認定こども園 【 <input type="checkbox"/> 連 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 幼 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 保 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 保 ( <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(事業所)記入欄(施設(事業所)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年      月      日	施設(事業者)名	
担当者名・連絡先	(担当者名)	(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			