

狛江市長 宛て

保護者氏名

印

子ども・子育て支援教育・保育給付認定（変更）申請書

狛江市教育・保育給付の認定に関する規則第4条第1項又は第10条第1項の規定により、下記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（変更）を申請します。

記

| 児童 | (ふりがな) 氏名 | 生年月日 | 性別 | 障害者手帳 の有無 |
|---------------|--|--------|-----|--------------|
| | | 年 月 日生 | 男・女 | 有・無 |
| 保護者 住所・連絡先 | (居住地) (連絡先) | | | |
| 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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます（以下同じ。）。
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園（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 | (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 | 前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無 | 備考 |
|------------|--------------------------|--------|--------|-----|------------------|----------------------------------|----|
| 児童の 世帯員 | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| | | | 年 月 日生 | 男・女 | | 有・無 | |
| 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利用を希望する期間及び希望する施設（事業者）名

| | | |
|---------------------|-----------------------|--------|
| 利用を希望する期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | |
| 利用を希望する 施設（事業者）名 | 施設（事業者）名 | |
| | 第1希望 | 事業所番号* |
| | 第2希望 | |
| | 第3希望 | |

○ *印の欄は、市記載欄ですので、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。

(表面)

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。

| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
|-------------------|--|--|----|
| | | <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"/> その他（ (具体的な状況（勤務先，就労時間・日数，疾病の状況等）） | |
| | | <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"/> その他（ (具体的な状況（勤務先，就労時間・日数，疾病の状況等）） | |
| 家庭の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外 | | |
| 保育必要量 希望する保育時間 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間（保育利用時間：1日最長11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（保育利用時間：1日最長8時間） | | |

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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並びに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 印

*市記載欄

| 変更理由 | 理由発生日 | 受付 |
|---------------------|----------------|----|
| 1 育児休暇開始（減免申請提出要確認） | 年 月 日 | |
| 2 育児休暇終了 | 理由発生確認書類提出 | |
| 3 その他（ ） | 済・未（提出予定日 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) |
| 認定(入所)の可否 | | 認定(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 年 月 日 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) | | |

*施設記載欄(施設(事業者)を經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 | (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 | |

(裏面)