

## 教育・保育給付認定申請書兼現況届

令和 年 月 日

始良市福祉事務所長 殿

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・保育給付認定を申請します。

保護者 住所・連絡先	現住所 始良市		連 絡 先	自宅 (       -       -       )
	申請日の属する年の 1月1日現在の住所			父携帯・母携帯・その他 (       -       -       )
	始良市内・始良市外 (       )			父携帯・母携帯・その他 (       -       -       )

1	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	
	認定者番号	※既に支給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)				
	利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
希望する 利用時間	利用曜日			利用時間		
	曜日から 曜日 まで			時から 時 まで		

2	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	
	認定者番号	※既に支給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)				
	利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
希望する 利用時間	利用曜日			利用時間		
	曜日から 曜日 まで			時から 時 まで		

3	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	
	認定者番号	※既に支給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)				
	利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
希望する 利用時間	利用曜日			利用時間		
	曜日から 曜日 まで			時から 時 まで		

(※)  
 ・「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、事業所内保育をいいます。  
 ・「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 世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	障害	職業 又は 学校名等	備考
子どもの世帯員			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		
			年 月 日生	男・女	有・無		
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有 ( 年 月 日保護開始)					
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭以外					

② 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支給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。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

保護者氏名

③ 同居障がい者の状況

該当者 氏名 ( )

身体障害者手帳 ( ) 級

療育手帳 (A・B)

精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級

特別児童扶養手当受給

国民年金の障害基礎年金受給

\* 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)	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 至 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		
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		
受付年月日	年 月 日	

(\*) 1号認定の場合

階層の認定	年分市民税額		市階層区分 (国階層区分)	( )
	所得割 円	所得割 円		
父 ( )	所得割 円	所得割 円	多子入所に係る 軽減措置区分	1人目・2人目 3人目以降
	均等割 有・無	均等割 有・無		
母 ( )	所得割 円	所得割 円	県多子世帯保育 料等軽減事業	1人目・2人目 3人目以降
	均等割 有・無	均等割 有・無		
計	所得割 円	所得割 円		

\* 施設記載欄 (施設 (事業者) を經由して市に提出する場合)

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	