

教育・保育給付認定申請書兼現況届

令和 6 年 11 月 1 日

始良市福祉事務所長 殿

保護者氏名 **始良 一郎**

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 宮島町〇〇番地〇 〇〇マンション 〇号室	連絡先 自宅 (- -) 父携帯・母携帯・その他 (090-0000-0000) 父携帯・母携帯・その他 (090-0000-0000)
	申請日の属する年の 1月1日現在の住所 始良市内 始良市外 (霧島市)	

申請に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな) 氏名 あいら 始良 はなこ	生年月日 R5年 4月 7日生	性別 男・ 女	障害者手帳の有無 無 ・有 (級)
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。			
1 保育の希望の有無 (※)	<input checked="" type="radio"/> 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) <input 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)			
利用希望期間	R7年 4月 1日 から		R12年 3月 31日 まで	
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間	
	月 曜日から 土 曜日 まで		8 時から 18 時 まで	

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
2 利用希望期間については、就学前までの期間で記入	記入して下さい。			
	希望する場合			
	保育年齢	生年月日		保育実施期間終了 (就学前までの期間)
	0歳児	令和6年4月2日以降		令和13年3月31日
	1歳児	令和5年4月2日	～ 令和6年4月1日	令和12年3月31日
	2歳児	令和4年4月2日	～ 令和5年4月1日	令和11年3月31日
	3歳児	令和3年4月2日	～ 令和4年4月1日	令和10年3月31日
4歳児	令和2年4月2日	～ 令和3年4月1日	令和9年3月31日	
5歳児	平成31年4月2日	～ 令和2年4月1日	令和8年3月31日	時 まで
3 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 (※)	<input checked="" type="radio"/> 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) <input 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)			
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	始良 一郎	父	S62年 6月 10日生	男・女	有・無	(株)〇〇会社	
	始良 一子	母	S64年 1月 1日生	男・女	有・無	(株)〇〇会社	
	始良 一男	祖父	S31年 1月 25日生	男・女	有・無	(株)〇〇会社	
	始良 太郎	兄	H26年 5月 30日生	男・女	有・無	〇〇小学校	
			年 月 日生	男・女			
		年 月 日生					
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有					
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭以外					

障害の有無で「有」の場合は「③同居障がい者の状況」欄もご記入ください。

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課税（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 **始良 一郎**

保護者氏名 **始良 一子**

③同居障がい者の状況

該当者 氏名 (**始良 一郎**)

身体障害者手帳 (**I**) 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

* 施設記載欄（施設（事業者）を経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			