

教育・保育給付認定申請書(現況届)兼入所申込書
(施設型給付費・地域型保育給付費)

保護者氏名

新富町長 様

令和 年 月 日申請

		新規		継続		
区分	☐ 認定申請（現況届）兼入所申込		☐ 認定申請		☐ 入所申込	
申請児童	(フリガナ) 氏 名	年齢 R4. 4月現在	生年月日	性別	保護者と 続柄	障がい の有無
		歳 平・令 年 月 日	男・女			有・無
保護者 住所・連絡先	住所		連絡先			
	新富町		父携帯	— —		
			母携帯	— —		
	令和4年1月1日現在の住所		— —			
	新富町・その他（ ）市区町村		— —			
認定者番号						
利用を希望する 認定区分	☐ 1号 : 幼稚園等の利用を希望する、満3歳以上の子ども ☐ 2号 : 保育所等において保育の利用を希望する、満3歳以上の子ども ☐ 3号 : 保育所等において保育の利用を希望する、満3歳未満の子ども					

※ 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
「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。

①世帯の状況（別世帯に児童の保護者がいる場合は、その方も含めて記入してください。）

区分	氏 名	児童 との続柄	生年月日	年齢	勤務先・就学先等 学生は学年まで記入してください。	個人番号
				R4. 4月現在		備 考
世帯の状況 (同居者全員)		本人				
		父	T H 年 月 日生 S R	歳		
		母	T H 年 月 日生 S R	歳		
		兄・姉 弟・妹 祖父・祖母	T H 年 月 日生 S R	歳		
		兄・姉 弟・妹 祖父・祖母	T H 年 月 日生 S R	歳		
		兄・姉 弟・妹 祖父・祖母	T H 年 月 日生 S R	歳		
		兄・姉 弟・妹 祖父・祖母	T H 年 月 日生 S R	歳		
			T H 年 月 日生 S R	歳		
			T H 年 月 日生 S R	歳		
家庭の状況		☐ ひとり親家庭・在宅障がい児（者）のいる世帯等 ☐ 左記以外の世帯				
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施設利用の申込み

利用を希望する期間	令和 年 月 1 日から 令和 5 年 3月 31日まで		
利用を希望する 施設名（事業者名）	施設名（事業者名）	見学	希望理由
	第1希望	済・未	
	第2希望	済・未	
	第3希望	済・未	

③保育の利用を必要とする理由等（幼稚園・認定こども園（幼稚園部分）利用の記入不要です。）
※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
	父	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 育児休業 ☐ その他（ ）	【勤務状況】 勤務先名： 就労時間 ①：～：②：～： 就労日数 月平均 日 就労時間 月 時間
		母	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 妊娠・出産 ☐ 育児休業 ☐ その他（ ）
	希望する 利用曜日、時間	利用曜日	
	月 曜日から 曜日まで		時 分から 時 分まで
希望する 保育必要量	☐ 保育標準時間 (11時間)	左記を希望する理由	☐ 父母共に就労時間が月120時間を超えるため ☐ 産前産後休業中（産前8週から産後8週） ☐ 父母どちらかの就労時間が月120時間未満だが、施設が設定する保育短時間利用時間と勤務時間が合わないため 施設が定める利用時間：～： 勤務時間：～： 通勤時間 分 ☐ 疾病・障がい・介護のため ☐ その他（ ）
	☐ 保育短時間 (8時間)		☐ 父母どちらかの就労時間が月120時間未満のため ☐ 求職活動中 ☐ 育児休業中 ☐ 疾病・障がい・介護のため ☐ その他（ ）
出産の予定	☐ 無 ☐ 有	令和 年 月 日出産予定	
産休・育休の予定	☐ 無 ☐ 有	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	

④認定結果の通知時期・個人情報等の提供に当たっての署名欄
○町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧し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

＊町記載欄

		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 年 月 日認定	(否とする理由)		☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 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	
入所施設名(事業者名)			
備 考	階層区分： 副食費： 徴収 / 免除 保育料： 円		

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

		受付年月日	年 月 日
施設名(事業者名)	(事業所番号：)		
担当者氏名・連絡先	(担当者)	(連絡先)	
備 考			