様式第1号

子どものための教育・保育給付認定（変更）申請書

（宛先）舟橋村長

　次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る子どものための教育・保育給付の認定（変更）を申請します。

　また、村が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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 申請者(保護者) | フリガナ |  | 住所 | 〒　　　－舟橋村 |
| 氏　　名 |  |
| 日中の連絡先（電話番号）　※確実に連絡の取れる順に記入してください。 |
| ① | 自宅　／勤務先 父携帯／母携帯  | ② | 自宅　／勤務先 父携帯／母携帯  |
| 児　童 | フリガナ |  | 生年月日 | 年齢 | 性 別 |
| 氏　　名 |  |  | 年　　月　　日 | 年4月1日現在才 | □ 男□ 女 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保育の希望の有無※ | □有：保護者の労働・疾病等の理由により、保育所等での保育の利用を希望（幼稚園等と併願の場合を含む）⇒以降の項目すべて記入してください。 |
| □無：幼稚園等の利用を希望（保育所等との併願の場合を除く）【希望する幼稚園等の名称】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒以降の項目表面のみ記入してください。 |
| ※「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。 |
| 申　請　児　童　の　同　居　者（認定申請児童以外の世帯員） | フリガナ | 性 別 | 児童との続柄 | 生年月日 | 就労・通学・通園先 | 備考 |
| 氏　　名 |
| 個人番号 |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □ 男□ 女 |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害者同居の有無 | 障害者手帳の保有者特別児童扶養手当対象者障害基礎年金等の受給者 | 無・有　（ 児童本人 ・ その他世帯員）無・有　（ 児童本人 ・ その他世帯員）無・有　（ 児童本人 ・ その他世帯員） | ※有の場合コピー添付 |
| ひとり親家庭 | ひとり親家庭等医療費受給資格 | 無・有・申請中 | ※有の場合コピー添付 |
| 生活保護の適用 | 無・有　（　　　　年　　月　　日　保護開始） |

［保育の希望“有”の場合は、必ず裏面も記入してください］

|  |
| --- |
| ［以下は、保育の希望“有”の場合のみご記入ください。］ |
| 保育を必要とする期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　　　　　　年　　　月　　　日　まで |
| 利用を希望する施設（事業者）名 | 第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 第２希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 第３希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備　　考 |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動□就学　□その他(具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) |  |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧　□求職活動□就学　□その他(具体的な状況：勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など) |  |
| 利用希望曜日・時間 | 利用希望曜日 | 利用希望時間 | 備　　考[曜日・時間について補足すべき事項] |
| □　平　日（　月～金曜日　） | （　　　：　　　～　　　：　　　） |  |
| □　土曜日 | （　　　：　　　～　　　：　　　） |  |
| 支給認定の特例について | 該当する場合は□にチェックしてください。（チェックがない場合は、支給認定事由等に基づき、保育標準　　時間または保育短時間の認定を行います。）　□　支給認定事由等が保育標準時間認定に該当する場合であっても、保育短時間認定を希望する。 |

【以下は、記入しないでください】

※村記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 認定の可否 | □可（　　　　　 年　　　月　　　日 認定）□否（理由　　　　　　 　　　　　　　 　　　　） | 認定区分等 | □１号□２号（□標準　□短）□３号（□標準　□短） |
| 認定者番号 |  |
| 支給（入所）の可否 | □可（□施設型　□特例施設型　□地域型　□特例地域型□否（理由　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 支給（利用）期間 | 自　 　　　　　　 年　　　　　月　　　　　日至　 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 入所施設（事業者）名 |  | □幼稚園 □保育所　 □地域型（ □小 □家 □居 □事 ）□認定こども園（ □連 □幼（□幼 □保） □保（□保 □幼） □地（□幼 □保）） |
| 備考 |  |

※施設記載欄 ［施設（事業者）を経由して村に提出する場合］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設（事業者）名 |  | 受付年月日 | 　　　 　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者・連絡先 | （担当者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先） |
| 入所契約（内容）有無 | □有　［　□契約　　□内定　（ 　　　 　　年　　月　　日　契約・内定）　］　　　　　　□無 |