

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	令和 年 月 日
-----	----------

申請者 （保護者）	フリガナ		住所	〒 ー			
	氏名			舟橋村			
	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				平成 年 月 日	令和 年 4月1日現在	<input type="checkbox"/> 男
	個人番号				令和 年 月 日	才	<input type="checkbox"/> 女
保育の 希望の 有無※	<input type="checkbox"/> 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。						
	<input type="checkbox"/> 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。

（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					
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日		

障害者同居の有無	障害者手帳の保有者 無・有（児童本人・その他世帯員） 特別児童扶養手当対象者 無・有（児童本人・その他世帯員） ※有の場合コピー添付 障害基礎年金等の受給者 無・有（児童本人・その他世帯員）
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	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	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
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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・日数等や疾病の状況など)	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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]
	<input type="checkbox"/> 平日(月～金曜日)	(: ~ :)	
	<input type="checkbox"/> 土曜日	(: ~ :)	
支給認定の特例について	該当する場合は <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日
認定の可否	<input type="checkbox"/> 可(令和 年 月 日 認定) <input type="checkbox"/> 否(理由)	認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号(<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短) <input type="checkbox"/> 3号(<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
認定者番号			
支給(入所)の可否	<input type="checkbox"/> 可(<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型) <input type="checkbox"/> 否(理由)	支給(利用)期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名	<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) <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)		
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	令和 年 月 日
担当者・連絡先	(担当者)	(連絡先)	
入所契約(内容)有無	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定 (令和 年 月 日 契約・内定)]		<input type="checkbox"/> 無