

教育・保育給付認定申請書 兼 教育・保育施設利用申込書

(宛先) 福崎町長

申請日: 年 月 日

【申請にあたって同意していただく事項】	
1. 福崎町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報等を閲覧すること（マイナンバー制度による情報連携を含む。）や、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・保育施設等にたいして提示することに同意します。	
2. 利用施設決定後に福崎町がこの申請書等に記載した内容及び子ども・子育て支援法の規定に基づく適切な教育・保育利用のために必要となる情報を、特定教育・保育施設等にたいして提供することに同意します。	
3. 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことに同意します。	

以上のことに同意し、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び特定教育・保育施設等の利用を申込みます。

保護者	フリガナ 氏名		現在の 住所地	〒 ※令和3年1月2日以降に町外から転入された場合 令和3年1月1日時点の住所地⇒（ 都/道/府/県 市/区/町/村）		
	連絡先	（父携帯）		（母携帯）		（自宅）
申請 子ども	フリガナ 氏名		性別	生 年 月 日	年齢(R4.4.1時点)	地域型保育事業の利用（申請時点）
				年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> あり （施設名:) <input type="checkbox"/> なし
利用希望施設名 （注）町外施設は、 町内施設より上位に 記載して下さい。		第1希望:	希望理由		育児休業 延長可否	<input type="checkbox"/> 育児休業延長可能 <input type="checkbox"/> 不可（復職希望） （注）延長可能に <input checked="" type="checkbox"/> した場合 選考順位が下がります。
		第2希望:	希望理由			
利用希望期間		年 月 から 年 月 まで		小学校就学前まで		
希望する 認定区分	希望する認定区分に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。（希望に沿えない場合もあります。）利用時間は各施設で異なりますので事前にご確認下さい。					
	<input type="checkbox"/> 教育標準時間認定（1号） : 幼稚園・認定こども園(教育)等の利用を希望					
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間認定（2・3号） : 保育を必要とする事由に該当し、保育所・認定こども園(保育)等の利用を希望(最長11時間まで)					
保育の 必要理由	(2号・3号認定を希望する場合のみ) 該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。					
	(子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障がい等 <input type="checkbox"/> 介護 看護 <input type="checkbox"/> 災害 復旧 <input type="checkbox"/> 求職 活動 <input type="checkbox"/> 就学					
申請 子どもに ついて	下記項目は、必要保育教諭数等の参考としますので正確にご記入下さい（下記項目による選考順位付けは行いません）。					
	乳幼児検診や医療機関等で助言を受けたことや食事等や集団生活をする上で、配慮が必要なおことがありますか？ <input type="checkbox"/> あり ⇒ () <input type="checkbox"/> ない					
	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。（該当なし⇒ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定 <input type="checkbox"/> 療育手帳あり <input type="checkbox"/> 手帳等の申請中・申請予定		アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり ⇒ () <input type="checkbox"/> ない		慢性疾患の有無 <input type="checkbox"/> あり ⇒ () <input type="checkbox"/> ない	
(きょうだい同時申込の場合のみ) 希望する方に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> きょうだいで同施設を利用できる場合のみ希望 <input type="checkbox"/> きょうだいで別施設でも希望						

世帯員全員記入して下さい。（世帯分離している場合でも同一敷地内に居住する世帯員や、単身赴任等、別居中で生計を一にしている世帯員を含む）。

申請 子ども の 世帯員 （申請 子ども も除く）	フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日	就労・通学・通園先	別居 ※1	別居の場合の住所	備考 ※2
		父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有		身・療・特・精・年
		母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有		身・療・特・精・年
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	身・療・特・精・年
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	身・療・特・精・年
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	身・療・特・精・年
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	身・療・特・精・年
				年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	身・療・特・精・年
世帯の 状況	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。（ 該当なし⇒ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> ひとり親世帯（ <input type="checkbox"/> 離別 ・ <input type="checkbox"/> 死別 ・ <input type="checkbox"/> 未婚 ） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯						

(※1) 別居中で生計を一にしている世帯員がいる場合には別居欄にして下さい。

(※2) 世帯員が身体障害者手帳(身)、療育手帳(療)、特別児童扶養手当(特)、精神障害者保健福祉手帳(精)、障害基礎年金(年)の交付を受けている場合は、該当するものに○をつけ、あわせて記号番号を記入して下さい。

祖父母の 現況	続柄	氏名	生年月日	住 所	電 話	就労の有無
	父 方	祖父	年 月 日			有 ・ 無
		祖母	年 月 日			有 ・ 無
	母 方	祖父	年 月 日			有 ・ 無
祖母		年 月 日			有 ・ 無	