

教育・保育給付認定申請書

年 月 日

(申請者)

小野市長 様

保護者氏名

個人番号

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。

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
		年 月 日生	男・女	有・無
	個人番号			
保護者 住所・連絡先	現住所			
	電話番号	年1月1日現在の住所	小野市内 ・ 小野市外	
支給認定番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の 有無 (※)	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)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等との併願の場合を除く)			

(※)・「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。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園 (教育部分) をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要な事項を記入してください。

① 世帯の状況 (本人以外)

保育所等入所申込書兼保育児童台帳と同じ

区分	氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市民税の 有無	個人番号
児童の 世帯員			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
生活保護の適用	適用無し ・ 適用有り ( 年 月 日保護開始)						

② 利用を希望する期間、希望する施設 (事業者) 名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで・就学前まで	
利用を希望する 施設 (事業所) 名	施設 (事業所) 名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

\*印の欄は市記載欄ですので、記入する必要はありません。

(表面)

③ 保育の利用を必要とする理由等（同居する親族等ごとに必要になります。）

※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。

※提出時に**保育要件証明書（就労証明書等）**を添付してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	添付書類
		<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（ ）	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 手帳等のコピー
		<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（ ）	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 手帳等のコピー
		<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（ ）	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 手帳等のコピー
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（離別）・ <input type="checkbox"/> ひとり親家庭（死別）・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	日・月・火・水・木・金・土	時から 時まで	

④ 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

＊市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	支給認定番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日		
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	
[ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ]		
入所施設(事業者)名		
[ <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) ) <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) ]		
備考		

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号: )
担当者氏名	
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	

(裏面)