

※市処理欄	園名／	0・1・2・3・4・5
	<input type="checkbox"/> 就労証明書等は兄弟姉妹へ添付	

**施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定  
兼保育施設利用申請書**

年 月 日

保護者氏名

阿賀野市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定及び保育施設の利用を申請します。

申請に係る小学校 就学前児童	ふり 氏 がな 名	個人番号	生年月日 年 月 日	性別 男・女	障害者手帳 有・無
保護者住所	阿賀野市				
日中連絡先 (電話番号)	確実に連絡の取れる順に記入して下さい。 ① Tel [父携帯・母携帯・自宅・父勤務先・母勤務先・その他 ( )] ② Tel [父携帯・母携帯・自宅・父勤務先・母勤務先・その他 ( )]				
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、保育所等における保育の利用を希望する場合(幼稚園等との併願の場合を含む) 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  
 ・「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」を選択した場合は①～④に、「無」を選択した場合は①、②及び④に必要事項を記入してください

**① 世帯の状況**

区 分	ふり 氏 がな 名	個人番号	児童との続柄	生年月日 年 月 日	性別 男・女	職業又は 学校名等	備 考
児 童 の 世 帯 員			父	年 月 日	男・女		同居・別居
			母	年 月 日	男・女		同居・別居
				年 月 日	男・女		
				年 月 日	男・女		
				年 月 日	男・女		
				年 月 日	男・女		
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり(平成 年 月 日保護開始)					

※下記に該当する場合は、必ず記入してください。

配偶者が 別居の場合	現 住 所	〒
	令和4年1月1日現在の住所	〒
令和4年1月2日 以降の転入または 転入予定の場合	現 住 所	父 [ 〒 ] 母 [ 〒 ]
	令和4年1月1日現在の住所	父 [ 〒 ] 母 [ 〒 ]

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	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 卒園まで *該当する方にチェック <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業所)名・希望理由	※事業所番号
	第1希望 (理由)	
	第2希望 (理由)	
	第3希望 (理由)	

※欄は市が記載しますので、記入する必要はありません

③ 保育の利用を必要とする理由等

※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

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <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、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <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、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))	
	祖父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <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、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))	
	祖母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <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、1日の就労時間、1週間の就労日数、疾病や障害の状況等))	
家族の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用曜日	利用曜日 : 曜日から 曜日まで		
希望する利用時間	利用時間 : 時 分から 時 分まで		

④ 税情報等の提供にあたっての署名欄

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民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び市が保有する個人情報について、特定教育・保育施設等に対して通知することに同意します。

保護者氏名

.....以下は記入しないでください.....

※市記載欄・市記載欄

認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由) 〔 <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〕	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
備考		