

子どものための教育・保育給付 認定申請書

令和 年 月 日

保護者氏名

(宛先) 愛西市長

個人番号 ()

次のとおり、子どものための教育・保育給付費に係る認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名 (個人番号)	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	()	令和 年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先)			
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に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名 (個人番号)	児童との 続柄	生年月日	職業又は 学校名等	備考
児 童 の 世 帯 員	保護者氏名と同じ		年 月 日生		
	()		年 月 日生		
	()		年 月 日生		
	()		年 月 日生		
	()		年 月 日生		
生活保護の適用の有無		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

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
-----------	-----------------------

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下さい。

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・障がい <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・障がい <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））	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	保育の必要量（利用時間）	
	曜日から 曜日まで	<input type="checkbox"/> 保育標準時間：概ね 7：00～18：00 ※保育の利用を必要とする理由が就労の場合、保育標準時間は就労時間が父母共に100時間以上必要です。 <input type="checkbox"/> 保育短時間：概ね 8：00～16：00	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の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すること。また、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。

※転入等により1月1日時点で愛西市に住民登録がない場合は、1月1日現在の住民登録地を記載してください。

■住所 _____

保護者氏名 _____

※市町村記入欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可・否可・否：（否とする理由） 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <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 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】		支給（利用）期間 自 年 月 日 至 年 月 日
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）を經由して市町村に提出する場合）

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	（担当者） _____ （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	