

受付印

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

(宛先) 西尾市長

令和 年 月 日

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・保育給付認定を申請します。

申請にあたって、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等に関する課税情報（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。

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日（西暦）	年 齢	
申請に係る 小学校就学前 子どもの氏名		第 子	年 月 日	歳 (入園年4.1現在)	
		個人番号			
フリガナ		続 柄	連 絡 先		
保 護 者 名 保 氏		<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母	(自宅・携帯(父・母)・その他) — —		
		<input type="checkbox"/> その他 ()	障害者(児)の該当の有無		
住 所	西尾市		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名)		
			ひとり親世帯の該当 <input type="checkbox"/> 該当あり		
保育の希望 の有 無	<input type="checkbox"/> 有 保護者の就労や疾病などの理由により、保育園等の施設の利用を希望する場合 (1)、(2)を記入してください。 (2・3号) <input type="checkbox"/> 無 幼稚園等の利用を希望する場合 (1)を記入してください。 (1号)		生活保護の適用 <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)		
			認 定 証 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。	
家族の状況(※1)	氏 名	生年月日（西暦）	個人番号	続柄	備考
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			

(※1) 申請に係る小学校就学前子どもは記入不要です。

1 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	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 満3歳前 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		(希望理由) <input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他 ()	(※2 事業所番号)

(※2) 事業所番号は記入不要です。

2 保育の利用を必要とする理由 (『保育の希望の有無』欄の『有』に『☒』をつけた方のみ記入してください。)

続柄	保育の認定基準				認定区分 (※3)	備考
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	

(※3) 認定区分は記入不要です。

3 支給認定証の交付 (支給認定証の交付を希望しない場合は記入不要です。)

支給認定証の交付を希望します。 <input type="checkbox"/> ※交付不要の方はチェックを入れないでください。	交付された認定証は、返還するまで大切に保管する必要があります。 交付を希望しない場合、返還が不要な「教育・保育給付認定に係る事項を記載した通知書」を送付します。
---	---

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

（宛先）西尾市長

令和××年××月××日

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・保育給付認定を申請します。

申請にあたって、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等に関する課税情報（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。

フリガナ	ニシオ ジロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日（西暦）	年 齢	
申請に係る 小学校就学前 子どもの氏名	西尾 二郎	第 2 子	××××年××月××日	3 歳 (入園年4.1現在)	
		個人番号	△△△△ △△△△ △△△△		
フリガナ	ニシオ タロウ	続 柄	連 絡 先		
保 護 者 氏 名	西尾 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母	(自宅・携帯)(父(母)・その他)		
			090 -××××× -×××××		
		日中に連絡の取れる電話番号を記入してください	障害者(児)の該当の有無		
住 所	西尾市 ○○町三丁目××番地 市営△△住宅 △棟△△号室	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名)	ひとり親世帯	該当する場合に記入してください。	
保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 保護者の就労や疾病などの理由により、保育園等の施設の利用を希望する場合(1、2を記入してください。)<2・3号> <input checked="" type="checkbox"/> 無 幼稚園等の利用を希望する場合(1を記入してください。)<1号>	特別利用保育利用児の方は、『無』に○を付けてください。	生活保護の適用(適用あり) (年 月 日保護開始)	認定証番号	
家族の状況(※1)	氏 名	生年月日(西暦)	個人番号	続柄	備考
	西尾 太郎	××××・××・××	△△△△ △△△△ △△△△	父	
	西尾 花子	××××・××・××	△△△△ △△△△ △△△△	母	
	西尾 一郎	××××・××・××	△△△△ △△△△ △△△△	兄	
	.	.			
	.	.			

(※1) 申請に係る小学校就学前子どもは記入不要です。

1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 満3歳前 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	〇〇〇 保育園	(希望理由) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他()

(※2) 事業所番号は記入不要です。

2 保育の利用を必要とする理由(『保育の希望の有無』欄の『有』に『☒』をつけた方のみ記入してください。)

続柄	保育の認定基準	認定区分(※3)	備考
父	記入不要		
母	記入不要		

(※3) 認定区分は記入不要です。

3 支給認定証の交付(支給認定証の交付を希望しない場合は記入不要です。)

支給認定証の交付を希望します。 <input type="checkbox"/> ※交付不要の方はチェックを入れないでください。	交付された認定証は、返還するまで大切に保管する必要があります。 希望しない場合、返還が不要な「教育・保育給付認定に係る事項を記載」の特段の理由がない場合は、チェックしないでください。 チェックすると、認定証が交付され、返還するまで保管していただく必要があります。
---	---