

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 (令和5年度)

※黒色または青色ボールペンでご記入ください。消えるボールペン不可

- 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者や同居親族等の市民税課税状況その他教育・保育給付及び利用者負担額等の算定に際し、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
- 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 施設型給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
- この申請に添付すべき書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、大田市がこれを確認することがあります。
- 利用者負担額(保育料・副食費)について、特定教育・保育施設等に対して通知することがあります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

受付	受領印
入力	
確認	

以上のことに同意し、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。

①申請者、児童の申込み内容をご記入ください。

		申請日	令和	年	月	日
(申請者) 保護者	ふりがな	1 2 3 (優先順位)	-	-	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	
	氏名		-	-	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()	
	住所		大田市	-	-	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
申請児童	ふりがな 氏名	性別	出生 順位	生年月日		障がい者手帳等の有無
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育・精神 <input type="checkbox"/> 特児 <input type="checkbox"/> 障がい年金)
希望施設	第1希望			希望理由		
	第2希望			希望理由		
	第3希望			希望理由		
入所を希望する期間		令和 年 月 1 日 から		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 就学前まで		

②世帯構成、世帯状況(同居の方をすべて記入し、父母については、単身赴任等で別居の場合も記入してください。)

(別居の同一生計の世帯員を含む)	ふりがな	続柄	同居・別居	生年月日	障がい者手帳等の有無	勤務先・学校名等	R4.1.1時点の住所
	氏名						<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
		父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
		母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 大田市 <input type="checkbox"/> 市外 ()

<裏面にも記入欄がございます。記入漏れにご注意ください。>

③世帯の状況(該当に✓)

世帯の状況	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	受給開始時期	年	月	日
	ひとり親該当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 婚姻歴あり <input type="checkbox"/> 婚姻歴なし			
	在宅障がい者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳を所持 (氏名: : 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持 (氏名: : 級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳を所持 (氏名: : 級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給 (氏名:) <input type="checkbox"/> 障がい基礎年金を受給 (氏名:)			

④保育を必要とする事由(該当に✓)

保育を必要とする事由	続柄	必要とする事由					
	父	<input type="checkbox"/> 就労(月48時間以上) <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()					
	母	<input type="checkbox"/> 就労(月48時間以上) <input type="checkbox"/> 妊娠出産(産前産後) <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()					

記入はここまで

市役所 使用欄	【身元確認】								
	1 種類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住証明書 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳・精神障がい者福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他()					2 種類	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()	
		認定の可否				認定区分			
	可・否 年 月 日 認定 (否とする理由)				<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間)				
	入所施設(事業所)								
	利用の可否				利用施設名				
	可・否 年 月 日 認定 (否とする理由)								
	世帯状況		一般世帯 * ひとり親世帯 * 在宅障がい者世帯						
	出生順位(同一生計内)		第1子 * 第2子 * 第3子以降						
	保育料減免内容		減免なし * 同時入所2子(半額) * 同時入所3子(無料) * 第3子無料						
	副食費減免内容		減免なし * 所得 * 第3子無料						
	市町村民税								
父		母		その他		所得割合計	国階層(市階層)	利用者負担額 (保育料・副食費)	
均等割	所得割	均等割	所得割	均等割	所得割				
							()	<input type="checkbox"/> 保育料 <input type="checkbox"/> 副食費	
円									

備考		相手方	日付
	園確認		/
	園送付		/
	内定連絡		/