

様式第1号 (第2条関係)

子どものための教育・保育給付支給認定申請書

三春町長 様

次のとおり、支給認定を申請します。

なお、町長が支給認定に必要な世帯員全員の市町村民税情報・世帯情報を利用すること、決定した利用者負担額の特定教育・保育施設等に提示することに同意します。

※支給認定証の交付を希望する方は次の箇所にチェック☑してください。

→ 支給認定証の交付を希望する。

令和 年 月 日

1. 申請者・申請児童

保護者	フリガナ 氏名	印	電話番号 自宅	
			父	
			母	
	住所	〒	令和2年1月1日現在の住所地	
申請児童	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 歳)
	住所	※保護者と異なる場合のみ 〒		
			電話番号	
	保護者との続柄		障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
	その他特記事項	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
世帯児童の状況	小学校3年生までのお子さんの人数	人	申請児童	人目
	小学校就学前のお子さんの人数	人	申請児童	人目
	18歳以下のお子さんの人数	人	申請児童	人目

2. 世帯の状況 ※父母及び同居している全ての世帯員を記入 (記載欄が足りない場合は、欄外に記入)

	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	勤務先 又は学校名・学年	児童との居住	備考
申請児童を除く世帯員		父	年 月 日			同居 別居	
		母	年 月 日			同居 別居	
			年 月 日			同居 別居	
			年 月 日			同居 別居	
				年 月 日			同居 別居
父母が児童と別居の場合		住民票上の住所					
		実際の居住地					
生活保護の適用状況		<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日開始)					
ひとり親世帯、障がい者のいる世帯及びそれに類する状況にある場合の理由		<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> その他 ()					

(以下裏面)

3. 希望認定区分

<input type="checkbox"/> 1号認定	※満3歳以上の児童で、幼稚園等での教育を希望
<input type="checkbox"/> 2号認定	※満3歳以上の児童で、保育所等での保育を希望
<input type="checkbox"/> 3号認定	※満3歳未満の児童で、保育所等での保育を希望

4. 認定区分別の希望内容

① 1号認定を希望される方

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（内定）施設名	所在市町村

② 2, 3号認定を希望される方

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで・就学前まで	
希望する利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	時 分から 時 分まで
<input type="checkbox"/> 保育標準時間利用を希望（1日11時間まで）	※利用時間区分は、支給認定基準に基づき、保護者の就労状況等から最終的に三春町長が決定しますので、希望とは異なる場合があることを、あらかじめご了承ください。	
<input type="checkbox"/> 保育短時間利用を希望（1日8時間まで）		
入所希望施設	第1希望	※希望施設に必ず入所できるとは限りませんので、第3希望まで記載してください。 利用調整は、世帯状況等により審査し、後日お知らせします。
	第2希望	
	第3希望	

5. 保育の利用を必要とする事由（2, 3号認定を希望される方）

① 父親の状況（以下のいずれか一つを選択し、記入してください）

1	就労	事業所名		雇用形態	
		勤務年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 勤務予定	
		勤務日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日勤務	勤務時間	時 分～ 時 分
2	就学	就学先		卒業予定	年 月 日
		通学先住所		通学日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日通学
3	求職中	就労予定申立書のとおり			
4	疾病障がい	<input type="checkbox"/> 診断書			
		<input type="checkbox"/> () 手帳 写しのとおり			
5	看護等	<input type="checkbox"/> 家庭内・ <input type="checkbox"/> 家庭外 (週 日・ 時間)	看護対象者		

② 母親の状況（以下のいずれか一つを選択し、記入してください）

1	就労	事業所名		雇用形態	
		勤務年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 勤務予定	
		勤務日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日勤務	勤務時間	時 分～ 時 分
2	就学	就学先		卒業予定	年 月 日
		通学先住所		通学日数	<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週 日通学
3	求職中	就労予定申立書のとおり			
4	疾病障がい	<input type="checkbox"/> 診断書			
		<input type="checkbox"/> () 手帳 写しのとおり			
5	看護等	<input type="checkbox"/> 家庭内・ <input type="checkbox"/> 家庭外 (週 日・ 時間)	看護対象者		
6	妊娠 出産	出産（予定）日	平成 年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 診断書・ <input type="checkbox"/> 母子手帳写し [表紙・出産（予定）日が確認できるページ]			

※記載していただいた個人情報は、施設入所に係る目的以外では使用いたしません。