

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定現況届（兼施設利用申込書）

荒尾市長 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・保育給付認定の現況を届け出ます。
また、保育所等の入所を希望する場合は、施設利用をあわせて申請します。

| | | | | | | |
|--------|--|----|-----|----------------|-------------------------|----------------|
| 子どもの氏名 | (ふりがな) | | | 生年月日 | | 年齢 (R6年4月1日時点) |
| | | | | 年 | 月 | 日生 |
| 性別 | 男・女 | 続柄 | 第 子 | 障害(※)の有無 | □有 (手帳等の写しを添付する。) □無 | |
| 発達の遅れ等 | □有 (□言語 □知能 □手足 □視覚 □聴覚 □その他気になること ()) □無 | | | | | |
| 保護者氏名 | (ふりがな) | | | 続 柄 | 連絡先 | |
| | | | | 父・母 その他 () | (父) TEL (母) TEL | |
| 住 所 | 荒尾市 | | | | | |

※「障害」とは、次のいずれかに該当するものです。保育料の減免対象になる場合がありますので手帳や証書等の写しを添付してください。
(1) 各種手帳（身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳）を所持している。
(2) 特別児童扶養手当又は障害年金を受給している。

※ 税情報等の提供に当たっての署名欄

| |
|---|
| <p>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町村民税の情報（同一世帯者の情報を含む。）及び世帯情報に基づき決定した利用者負担額、世帯の状況、障害の有無等について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名</p> |
|---|

① 世帯の状況（申請に係る児童以外の世帯員について、記入してください。）

| 区分 | 氏名 | 児童からみた続柄 | 生年月日 | 性別 | 職業、学校名等 | 障害(※)の有無 「有」の場合は 手帳等の写しを添付 | 備考 |
|------------|---------------------------|----------|--------|-------|----------------------------|----------------------------------|----|
| 子どもの世帯員 | | | 年 月 日生 | | | □有 □無 | |
| | | | 年 月 日生 | | | □有 □無 | |
| | | | 年 月 日生 | | | □有 □無 | |
| | | | 年 月 日生 | | | □有 □無 | |
| | | | 年 月 日生 | | | □有 □無 | |
| 生活保護の適用の有無 | □適用有 (年 月 日保護開始) □適用無 | | | 家庭の状況 | □ひとり親世帯 (□未婚) □ひとり親世帯以外 | | |

② 現在利用中の施設（事業者）名、利用を希望する施設（事業所）名

| | | |
|-----------------|--|------|
| 保育の希望の有無 | <input type="checkbox"/> 希望しない（1号認定） 幼稚園・認定こども園（教育標準時間認定）の利用を希望する場合 <input type="checkbox"/> 希望する（2号認定・3号認定） 保護者の就労や疾病等の理由により、保育所・認定こども園（保育認定）等の利用を希望する場合 | |
| 現在利用中の施設（事業者）名 | 保育園（所） ・ 幼稚園 | |
| 利用を希望する施設（事業者）名 | 下記のいずれかを選択し、現在利用中の施設事業者以外の利用を希望する場合は希望施設事業者名及び希望理由をご記入ください。 | |
| | <input type="checkbox"/> 現在利用中の施設の継続利用を希望する。 | |
| | <input type="checkbox"/> 現在利用中の施設以外を利用を希望する。 | |
| | 第1希望 | (理由) |
| | 第2希望 | (理由) |
| 第3希望 | (理由) | |

(市受付印)

(裏面もご記入ください。)

③ 保育を必要とする理由（②の「保育の希望の有無」欄の「希望する」を選択した方のみ記入してください。）

| 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
|------------|---|----|
| 父 | <input type="checkbox"/> 就労（勤務時間 時 分 ～ 時 分 勤務日数 日間/週 勤務先：市内・市外） <input type="checkbox"/> 育休中（期間 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動（ <input type="checkbox"/> 内定有 <input type="checkbox"/> 内定無） <input type="checkbox"/> 就学（期間： 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 母 | <input type="checkbox"/> 就労（勤務時間 時 分 ～ 時 分 勤務日数 日間/週 勤務先：市内・市外） <input type="checkbox"/> 育休中（期間 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産（予定日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 求職活動（ <input type="checkbox"/> 内定有 <input type="checkbox"/> 内定無） <input type="checkbox"/> 就学（期間： 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| その他 （ ） | <input type="checkbox"/> 就労（勤務時間 時 分 ～ 時 分 勤務日数 日間/週 勤務先：市内・市外） <input type="checkbox"/> 育休中（期間 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動（ <input type="checkbox"/> 内定有 <input type="checkbox"/> 内定無） <input type="checkbox"/> 就学（期間： 年 月 日から 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

※ 保育を必要とすることを証明するための資料を併せて提出してください。また、その他の欄は、父母以外が保護者の場合に記入してください。

 （ここから先は記入しないでください。）

| 提出書類チェック | |
|--|--|
| 父 母 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 就労証明書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 診断書・障がい者手帳等の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保育のできない申立書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 求職活動専念申立書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> （ ） | （その他）該当がある場合のみ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給証の写し |
| 利用施設（事業者）名 | 令和5年度（施設名： ） 令和6年度（施設名： ） |
| 備 考 | |