

様式第1号

(第3条関係)

# 教育・保育給付認定（現況）申請書兼入所（園）申込書

(施設型給付費・地域型保育給付費等)

継続 ・ 新規

年 月 日

保護者氏名

明日香村長

(自署または記名押印)

次のとおり、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。

申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
		年 月 日	男・女	有・無
保護者住所・ 連絡先	(住所)  (電話番号)			
認定者番号	※既に認定を受けている場合に記入して下さい。			
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（園）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（園）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。

保育の希望の有無（※）中「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、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	児童との 続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税課 税の有無	備考
子どもの 世帯員			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	
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、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する施設 （事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
	第3希望 (希望理由)	

\*印の欄は村記載欄ですので、記入する必要はありません。

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。

	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）
保育の利用を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の子ども <input type="checkbox"/> その他（	
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	曜日から 曜日まで	時から 時まで	
希望する利用区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 （1日最大11時間までの利用）		<input type="checkbox"/> 保育短時間 （各保育所が設定する開所時間内の8時間）

④税情報等の提供に当たっての署名欄

明日香村が施設型給付費・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。	保護者氏名 （自署または記名押印）
明日香村が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第14条に基づく個人番号（同一世帯者を含む）について、教育・保育給付認定申請時に何らかの事由により、記載が無いまたはできない場合には職員が番号検索し、確認することに同意および委任します。	保護者氏名 （自署または記名押印）

\*村記載欄

受付年月日

年

月

日

認可の可否	認定者番号	認定区分等
可・否    年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号    ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
給付（入所）の可否	給付（利用）期間	
可    ・    否	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)		