

教  
育  
日

# 記入例

用申込書

年 月 日

申請者(保護者)氏名 長和 なつ夫

長和町長殿

次のとおり、教育・保育給付認定を申請し、施設の利用を申し込みます。

申請に係る小学校 就学前の児童	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳等の有無
	ナガラ ジロウ 長和 次郎	H30・9・9	男・女	有・無
現住所	〒386 - 0603 長和町 古町 4247-1			
○年1月1日時点の住所	〒 - (※現住所と同じ場合は記入する必要はありません。)			
保護者連絡先	(父)090 - 1234 - 5678 (母)090 - 8765 - 4321			
支給認定証の発行	要・不要 (※児童が障害者手帳等が発行されている場合)			
保育の希望の有無(注1)	有・保育園 無償化に伴う認定こども園等の預かり保育事業や認可外保育施設等の利用において必要となります。 無：幼稚園			

(注1)「保育園等」とは、保育園・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。

・「幼稚園等」とは、幼稚園・認定子ども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

## ①世帯の状況

児童の世帯員	(フリガナ) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	当年度分町民税課税の有無	同居・別居	障害者手帳等の有無
		ナガラ オ 長和 なつ夫	父	S60・5・5				別
	ナツコ なつ子	母	S60・6・6				別	有・無
	ハナコ 花子	第1子	H24・7・7	男・女	長門小学校	有・無	同・別	有・無
	タロウ 太郎	第2子	H27・8・8	男・女	長門小学校	有・無	同・別	有・無
				男				有・無
				男				有・無
生活保護の適用の有無		無・有( 年 月 日(生活保護開始))						
児童の保護者が別居している場合の住所		東京都 ○○○市 ○○○○ △△アパート1-101						

②利用を希望する期間、希望する施設名（事業者名）

利用を希望する期間	<input type="radio"/> 年 4月 1日から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学 又は <input type="checkbox"/> 年 月 日 まで	
施設(事業者)名・希望理由		*事業所番号
第1希望	ながと保育園 (希望理由) 家から近い	
第2希望	(希望理由)	

卒園まで施設を利用する場合は「小学校就学」にチェック  してください。  
卒園の前に退園予定の場合は

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要と
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労→通勤時間(片道) <u>10</u> 分 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学→通学時間(片道) _____分 <input type="checkbox"/> その他 (その他の具体的な状況)
	母	<input type="checkbox"/> 就労→通勤時間(片道) _____分 <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 checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学→通学時間(片道) _____分 <input type="checkbox"/> その他 (その他の具体的な状況)

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外
-------	--

希利用	ひとり親家庭にチェック <input checked="" type="checkbox"/> された方は、医療費受給者証(写し)または児童扶養手当証書(写し)の提出をお願いします。	利用時間	8時15分から16時15分まで
-----	---	------	-----------------

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯含む)及び世帯情報を見ることができ、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。

申請者(保護者)氏名 長和 なつ夫

\*以下、市町村記入欄(保護者の方は記入しないでください。)

認定の可否	認定者番号	認定区分
可・否(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 <input type="checkbox"/> 短)
年 月 日 認定		
入所(支給)の可否		利用期間
可・否(否とする理由)		至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		自 年 月 日
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定子ども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 地域型		

\*施設記入欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

施設(事業者)名	(事業者番号: )
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	無・有(契約・内定( 年 月 日契約(内定)))
備考	