

令和 年度教育・保育給付認定申請書兼入所申込書

鞍手町長様

令和 年 月 日

保護者氏名

(署名または記名押印)

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。また、鞍手町が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の課税情報（同居世帯員を含む）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

なお、利用者負担額は定められた納期限までに納付します。納期限までに納められない場合、児童手当から特別徴収されても異議を申し立てません。

児童名等		氏 名 (ふりがな)		生年月日 年 月 日		性別 男 ・ 女		障害者手帳 有 ・ 無		特別児童扶養手当 有 ・ 無		
住所等 連絡先	住所		(〒 -) 鞍手町									
	本年1月1日 時点の住所地		母 <input type="checkbox"/> 同上		都道府県		市区町村		父 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同左		都道府県 市区町村	
	前年1月1日 時点の住所地		母 <input type="checkbox"/> 同上		都道府県		市区町村		父 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同左		都道府県 市区町村	
	電話番号		(携帯) 母 父									

①世帯の状況（本人は除き、世帯分離を含みます）

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	障がい	備考
児童の 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	
生活保護		受給している ・ 受給していない					

②利用を希望する施設（事業者）等

保育の希望	有	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（幼稚園等と併願の場合を含む） ※下記「理由等」から保育を必要とする理由を選択し、必要な書類を用意して町に申し込み
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く） ※幼稚園等に申し込み
理由等	<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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他（ ）	

- ・「保育所等」：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
- ・「幼稚園等」：幼稚園、認定こども園（教育部分）

②利用を希望する施設（事業者）等

施設等	第1希望		第2希望		第3希望	
利用期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで					
その他	利用曜日				利用時間	
	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜				： から ： まで	

○ 希望期間・曜日・時間は、保育の利用を必要とする理由等の実状に合わせて記入してください。