

施設名	世帯番号

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

(宛先) 阿蘇市長

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・保育給付認定を申請し、施設の利用について申し込みます。なお、4月入所において審査に時間を要した場合、認定結果の通知が2月になることに同意いたします。

申請日	令和 年 月 日		
申請者	ふりがな	現住所	
	氏名		
申請に係る 小学校就学前 対象子ども	ふりがな	個人番号	
	氏名	生年月日	
保育の希望の有無 (※)	<input type="checkbox"/> 有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育施設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)	
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育施設と併願の場合を除く)	

(※) ・「保育施設」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。
 ・「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下さい。

①世帯の状況 (対象子どもを除く同居者全員を記載して下さい。)

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	職業又は学校名等	同居・別居の別	障害者手帳等の有無
対象子どもの世帯員	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			
	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			
	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			
	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			
	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			
	ふりがな	□大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日生		□同居 □別居	□有 □無
	個人番号		年 月 日生			

生活保護の適用の有無 適用無し 適用有り (保護開始)

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 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
	第1希望 (理由)
	第2希望 (理由)
	第3希望 (理由)
	第4希望 (理由)
第5希望 (理由)	

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施設において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※具体的な状況がわかる書類を提出して下さい。</small>	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)がいる世帯 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		時 分から 時 分まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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)及び世帯情報の閲覧、個人番号(マイナンバー)による他の行政機関への市町村民税を照会すること、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 印

※世帯員の居住地について

利用希望日の前年1月1日現在の住所(9月1日以降入所希望の場合は当年1月1日現在の住所)	続柄	続柄
	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

- (※) ・ 同世帯に身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳等を持っている方(対象子どもを含む)がいる場合は、手帳のコピーを添付して下さい。
 ・ 申込書を提出後、家庭状況などの変更が生じた場合、速やかに変更の手続きを行って下さい。
 ・ 記載内容と事実が相違した場合、支給認定及び入園(内定)を取り消すことがあります。

*市記載欄

指数表	基本指数		調整指数				合計	本人確認	提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委任 ()
	父 ()	母 ()							個人番号確認資料	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 住民票
									個人番号閲覧	<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし
								身元確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(契約・内定 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ <input type="checkbox"/> 無
備考	