

様式第1号 (第3条関係)

(表)

令和6年度
施設型給付費・地域型保育給付費等
教育・保育給付認定申請書兼
保育施設利用申込書



世帯番号	宛番号	受付番号
受付時期	受付場所	受付年月日
<input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次 <input type="checkbox"/> 3次 <input type="checkbox"/> 随時	<input type="checkbox"/> 幼教 <input type="checkbox"/> 支支 <input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> 郵便	令和 年 月 日

瑞穂市教育委員会教育長 宛

申込日 令和 年 月 日

保護者氏名 (申請者)	電話番号	自宅	携帯(父)	携帯(母)
現住所	都道府県	市区町村	建物名等	
転入・転居予定日 令和 年 月 日		転入・転居予定住所 瑞穂市		(建物名等)

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、保育施設の利用について申し込みます。

保育の希望の有無	<input type="checkbox"/> 無 幼稚園、認定こども園(教育認定)を希望 → 希望施設名 <input type="checkbox"/> 有 保育所、認定こども園(保育認定)、地域型保育(小規模保育等)、企業主導型保育(地域枠)を希望→利用を希望する施設名を裏面に記入	幼稚園 認定こども園
利用期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 小学校入学前 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで	利用曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 利用時間(24H表記) : から : まで 保育の必要量 <input type="checkbox"/> 保育短時間(最大8時間の利用) <input type="checkbox"/> 保育標準時間(最大11時間の利用)

○利用児童の家庭の状況(利用開始希望日現在)父、母、兄弟姉妹及び同居所に住んでいる人全員について記入してください。

区分	フリガナ 氏名 生年月日・性別	児童との 続柄	勤務先・学校名(学年)・ 保育所名等	障がい児(者) の場合	1月1日現在の 住所	備考
利用児童		本人	R6.4.1現在 <input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 4歳 <input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級		
子どもの世帯員	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 身体 ()級 <input type="checkbox"/> 療育 ()級 <input type="checkbox"/> 精神 ()級 <input type="checkbox"/> 障害年金 ()級 <input type="checkbox"/> 特児 ()級	R5年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 R6年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	

世帯員が書ききれない場合は、続紙としてもう1枚申込書を記入してください。続紙には、書ききれなかった世帯員のみ記入してください。

生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有	保護開始日 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 () 児童扶養手当の受給 <input type="checkbox"/> 有 事由発生日 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 遺族年金の受給 <input type="checkbox"/> 有

保育が必要な理由	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 → ①最も早い出勤時間 : ②最も遅い退勤時間(残業含む) : ③通勤時間(片道) 時間 分 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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"/> その他
母	<input type="checkbox"/> 就労 → ①最も早い出勤時間 : ②最も遅い退勤時間(残業含む) : ③通勤時間(片道) 時間 分 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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"/> その他	

○同居していない祖父母の状況

父方	住所	氏名	祖父	祖母	母方	住所	氏名	祖父	祖母
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

裏面もご記入ください

