

みなべ町教育・保育給付認定申請書兼利用申込書

年 月 日

(保護者氏名)

みなべ町長 殿

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る認定を申請し、教育・保育施設等の利用を申し込みます。

申請に係る小学校 就学前子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所)			
	(連絡先) 父携帯:	母携帯:		
認定者番号	※既に教育・保育給付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。

「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

区分	氏名	子ども の続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	障害者 手帳の 有無	前(当)年度分市 町村民税課税の 有無
児童の 世帯員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
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 (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)	

○ * 印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<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"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<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"/> その他() (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
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	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・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

みなべ町が教育・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)及び世帯情報並びに各種手当等の受給状況等を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意し、教育・保育給付に係る認定を申請します。

保護者氏名

添付書類

- ①入所申込児童調査票 有・無 ②入所申込補足調査票 有・無
 ③父の就労証明書 有・無 ④母の就労証明書 有・無
 ⑤() 有・無 ⑥() 有・無
 ⑦() 有・無 ⑧() 有・無

* 市町村記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定者番号	認定区分等
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			
支給(入所)の可否		教育・保育給付認定期間	契約期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日	自 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]		至 年 月 日	至 年 月 日
入所施設(事業者)名			年度 利用施設名
<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) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設			
備考			

* 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	年 月 日	
施設(事業者)名	(事業所番号:)	
担当者氏名	(担当者)	
連絡先	(連絡先)	
利用契約(内定)の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約(内定))) ・ 無	
備考		

●祖父母の状況について

父方の祖父母について	祖父	氏名： _____ 年齢（ _____ 歳）
		①仕事 ・不就労 ・就労 (内容： _____) ②健康状態 ・良い ・良くない (状況： _____) ③居住 ・同居 ・別居 (住所： _____)
母方の祖父母について	祖母	氏名： _____ 年齢（ _____ 歳）
		①仕事 ・不就労 ・就労 (内容： _____) ②健康状態 ・良い ・良くない (状況： _____) ③居住 ・同居 ・別居 (住所： _____)
父方の祖父母について	祖父	氏名： _____ 年齢（ _____ 歳）
		①仕事 ・不就労 ・就労 (内容： _____) ②健康状態 ・良い ・良くない (状況： _____) ③居住 ・同居 ・別居 (住所： _____)
母方の祖父母について	祖母	氏名： _____ 年齢（ _____ 歳）
		①仕事 ・不就労 ・就労 (内容： _____) ②健康状態 ・良い ・良くない (状況： _____) ③居住 ・同居 ・別居 (住所： _____)
祖父母との生計関係		<input type="checkbox"/> 同一会計で生活している <input type="checkbox"/> 一部を負担してもらっている (内容： _____) <input type="checkbox"/> 全く別会計で生活している

●世帯の状況について

ひとり親世帯等	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ↓ (<受給している手当等>) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 (_____ 年 _____ 月より受給) <input type="checkbox"/> 遺族年金 (裁定番号： _____)
在宅障害児(者)がいる世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ↓ (その方の氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) <受給している手当等> <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手 (_____ 年 _____ 月より受給) <input type="checkbox"/> 障害年金 (裁定番号： _____) <交付を受けている手帳> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (交付番号： _____) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (交付番号： _____) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (交付番号： _____)
みなべ町へ転入されてきた方	令和5年1月1日現在でみなべ町に住民登録がない方 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ↓ 令和5年度市町村民税課税証明書を添付 又は 個人番号提示書を提出 してください。 (その他課税額が分かる書類でも可) ※令和6年1月2日以降にみなべ町へ転入される(されている)場合は 令和6年度分の証明書等も令和6年6月以降に提出していただく こととなります。 ※みなべ町から他市町村へ課税状況の確認を希望する場合はこちらをご提出ください。 注) マイナンバーカードなどの個人番号が確認できるものと身分証明書(運転免許書など)をご持参の上、幼児教育室へ直接ご提出ください。

※施設記入欄（備考・特記事項・留意事項）

調査日