

教育・保育給付認定申請書兼入園申込書

伊豆の国市長 宛

【申請にあたって同意していただく事項】
1 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、給付認定の審査及び保護者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
2 申請書等に記載した内容は、給付認定や支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設や事業者等に提供することがあります。
3 4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第20条第6項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
4 申請内容が事実と相違した場合は、給付認定を取り消すことがあります。
以上のことに同意し、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、併せて施設の利用を申込みします。

(これまでに申請したことがある場合は、同じ保護者が申請してください。)

申請日 令和 年 月 日
保護者 氏名 日中に連絡の取れる連絡先
保護者の住所 伊豆の国市
申請に係る子ども 氏名 生年月日 性別 障害者該当
保育の希望の有無

※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。

※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

申請に係る子どもの世帯状況 (生計を一にする別居の家族を含みます。申請に係る子ども以外を記載してください。)

Table with 8 columns: 区分, 氏名, 子どもとの続柄, 生年月日, 性別, 勤務先・学校・幼稚園・保育園等の名称, 個人番号, 障害者該当. Includes rows for family members and support status.

※「障害者該当」欄は、次のいずれかに該当する場合、「有」に☑してください。(施設等に入所又は入院している場合を除きます。)

- ア 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の身体障害者手帳の交付を受けている
イ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている
ウ 療育手帳制度要綱(昭和48年9月27日厚生省発児第156号)の規定により療育手帳の交付を受けている
エ 国民年金法(昭和34年法律第141号)第15条の障害基礎年金の支給を受けている
オ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)第3条の特別児童扶養手当の支給の対象である

利用を希望する期間、施設名等

| | | | | | | | | |
|----------------|-----|-----|---|-----|------|---|---|-----|
| 利用を希望する期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 令和 | 年 | 月 | 日まで |
| 利用を希望する 施設名 | 希望順 | 施設名 | | | 希望理由 | | | |
| | 第1 | | | | | | | |
| | 第2 | | | | | | | |
| | 第3 | | | | | | | |
| | 第4 | | | | | | | |

※幼稚園等の利用を希望する場合は、第1希望欄に入園する園を記入してください。

保育の利用を必要とする理由

※保育園等の利用を希望する場合のみ記入してください。

| | | | | | | |
|-------------|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 保育を希望する日、時間 | 曜日 | | | 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 |
| 保育必要量 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間(最長11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(最長8時間)※育休・求職活動は短時間のみ | | | | | |
| 父 | 理由 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 就労時間等 | 平日 | 時 分から | 時 分 | 土曜 | 時 分から 時 分 |
| | | 1日(平均) | 時間 分 | 1ヶ月(平均) | 日 | 通勤時間(片道) 分 |
| 母 | 理由 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | 就労時間等 | 平日 | 時 分から | 時 分 | 土曜 | 時 分から 時 分 |
| | | 1日(平均) | 時間 分 | 1ヶ月(平均) | 日 | 通勤時間(片道) 分 |

祖父母の状況

| | | | | |
|---------|----|----|--|------|
| 子どもとの続柄 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 勤務先等 |
| 父方 | 祖父 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:) | |
| | 祖母 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:) | |
| 母方 | 祖父 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:) | |
| | 祖母 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名:) | |

記入はここまでです。

【受付確認】

受付年月日

年 月 日

| | | |
|------------|--|--------|
| 施設(事業所)名 | | |
| 担当者氏名及び連絡先 | (氏名) | (電話番号) |
| 個人番号の記入 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 番号確認書類 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 | |
| 本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他の書類2つ | |