

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

年 月 日

申請者（保護者）氏名

鹿沼市長 宛

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定を申請します。なお、この申請による認定に必要な範囲で、市長が私及び私の世帯員の市民税の情報、個人番号及び世帯情報を調査すること並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額及びこの申請書に記載した世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	氏名		生年月日・年齢 (R8年4月1日現在)	性別	保護者から 見た続き柄
	(ふりがな)		年 月 日 (歳)	男・女	
申請者 (保護者) 住所・連絡先 電話番号	(現住所) 〒				
	(R7年1月1日現在の住所(※1)) 〒				
	電話番号①	【父・母・その他】	電話番号②	【父・母・その他】	
保育の希望 の有無 (※2)	有	保育所等(※2)において保育の利用を希望する場合			
	無	幼稚園及び認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合			

(※1) 市民税課税時(1月1日現在)の住所が現住所と異なる場合は、必ずご記入ください。

(※2) 「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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。

1 保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は、記入してください。

保育の利用 を必要と する理由	続き柄	必要とする理由
		父
母		<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他(内容を記入:)

2 申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()
現在入所中、もしくは 入所していた施設	無・有・再入所希望 (施設名:)

3 世帯の状況

ひとり親世帯	非該当・該当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費受給資格証書 <input type="checkbox"/> その他()
在宅障害児(者)の いる世帯	非該当・該当 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()
生活保護受給	非該当・該当 (開始日: 年 月 日)

区分	氏名	生年月日	年齢 R8年 4月1日現在	性別	児童から 見た続き柄	職業又は 学年等	同居・ 別居の別	多子軽減 計算対象	個人番号	備考
児童の世帯員 (児童本人を含む)		年 月 日		男・女	本人		同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		
		年 月 日		男・女			同居・別居	<input type="checkbox"/> 対象		

4 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 <input type="checkbox"/> 就学まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	
利用を希望する曜日・時間（※5）	利用曜日	利用時間
	<input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 休日（日曜・祝日）	時 分から 時 分まで
利用を希望する施設（事業者）名（※6）	施設（事業者）名	希望理由
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
	第4希望	
	第5希望	

（※5） 保育の希望が無く、幼稚園等の利用を希望する場合は、記入不要です。

（※6） 保育の希望が無く、幼稚園等を経由して市に提出する場合は、記入不要です。

※施設記載欄（幼稚園等を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	（施設・事業所番号： _____）
担当者氏名	（担当者）
連絡先	（連絡先）
入所契約（内定）の有無備考	有（契約・内定（ _____ 年 月 日契約（内定）） ・ 無

※市記載欄

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） 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可・否 （否とする理由） （ <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）		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）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）		

書類提出		データ入力						園児区分		園確認	面接案内	面接済確認
就労	その他	認定	利用調整	税・算定	副食費	実費徴収	確認	同時	第2子			
										/	/	/

※施設または市記載欄（個人番号に関する確認事項）

個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
申請者の番号確認書類	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票	<input type="checkbox"/> 無
提出者の身元確認書類	<input type="checkbox"/> 有 ・顔写真付身分証明書（ <input type="checkbox"/> 個人番号カード、運転免許証、旅券、障害者手帳 等） ・2点確認の本人確認書類（ <input type="checkbox"/> 被保険者証、年金手帳、児童扶養手当証書等）	<input type="checkbox"/> 無
代理人による提出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 無