

新規
継続
転園
地域枠
従業員枠

(受付印)

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
認定こども園・保育所・地域型保育入所(利用)申込書(兼現況届出書)

年 月 日

豊後大野市長 様

保護者氏名

以下の項目に同意し、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定等を申請します。

- ①市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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）及び世帯情報を閲覧すること
②教育・保育の運営上必要と認められる情報や、保育料の額及び副食費の支払免除に関する事項を施設・事業者に提示すること

申請児童: (ふりがな)氏名, 性別, 生年月日, R6年4月1日時点の年齢, 出生順位, 保護者との続柄
保護者等住所・連絡先: (住所)豊後大野市, 電話番号(自宅), 父携帯, 母携帯, 父・母の携帯等に連絡がつかない場合の連絡先, 緊急連絡先名(続柄), 電話
保育の希望: (無)幼稚園、認定こども園(教育部分) → 下記①、②のみ記入 1号認定; (有)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(幼稚園等との併願を含む)→①～③すべて記入 2・3号認定
保育の必要量: (理由により希望に添えない場合有り) 保育標準時間(1日最長11時間)での保育; 保育短時間(1日最長8時間)での保育 ※月120時間を超えない就労、求職中などが該当します。
マイナンバー: 父※, 母※, 申請児童

※保護者が父母以外の場合は、保護者とその配偶者のマイナンバーを記入してください。

- ①世帯の状況 ※申請児童を除いて同住所に住んでいる人全員（世帯分離している人も含む）について記入してください。
※枠内に入らない場合は下の備考欄に記入してください。

Table with 8 columns: 区分, (ふりがな)氏名, 続柄, 生年月日, 性別, 勤務先又は学校名等, 市町村民税所得割額(※市記入), 備考. Includes rows for parents, children, and household status.

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名等

利用を希望する期間: 令和 年 月 1 日から ① 小学校就学前 まで; ② 年 月 日
施設(事業者)名等: (第1希望), (第2希望), (第3希望), (第4希望)
きょうだい別々の施設への入所になっても入所を希望する。
きょうだい一人だけの入所が可能な場合でも入所を希望する。

備考

1 号 標準時間
2 号
3 号 短時間

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ください。
 (別途、各事由による添付書類が必要となります)

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(月120時間以上)*1 <input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上120時間未満)*2 <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"/> 育休中 <input type="checkbox"/> その他()	
希望する利用時間等	利用曜日 ※希望曜日に○	利用時間	
	<input type="checkbox"/> 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	時から	時まで

(*1)月120時間以上 (例)1日6時間×週5日×4週間 以上
 (*2)月64時間以上 (例)1日4時間×週4日×4週間 以上

備考	
----	--

***市記載欄**

教育・保育給付認定証交付希望 (希望があった場合に☑)	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------

教育・保育給付認定有効期間

受付年月日	年 月 日	(当初)	年 月 日	～	年 月 日
		(変更)	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		
備考		

***施設記載欄(施設(事業者)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	
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(年 月 日 契約 / 内定) ・ 無
備考	