

施設型給付費・地域型給付費等 教育・保育給付認定申請書

年 月 日

保護者氏名

芦屋町長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	( )	個人番号		
		年 月 日生 番号	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	(住所) (連絡先)			
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ください。			
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(保育所部分)、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③に必要事項を記入してください。

① 世帯の状況(上記のお子さまを除く)※世帯分離の有無に関わらず全員について記入してください。

区分	(フリガナ) 氏 名	児童との続柄	生 年 月 日	性別	職 業 又は 学校名等	障害者手帳の有無	別居の場合 住所
			個人番号				
児童の世帯員	( )		年 月 日	男・女		有・無	
		番号					
	( )		年 月 日	男・女		有・無	
		番号					
	( )		年 月 日	男・女		有・無	
	番号						
( )		年 月 日	男・女		有・無		
	番号						
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外					
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り( 保護開始)					

② 税情報等の提供に当たっての署名欄

<p>芦屋町が施設型給付費・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。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名</p>
--

(表 面)

※裏面も必ずご記入ください。

③利用を希望する機関、希望する施設（事業者）名等

利用を希望する期間	から	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	
	第1希望	（希望理由）
	第2希望	（希望理由）
	第3希望	（希望理由）
		事業所番号*

- \*印の欄は市町村記入欄ですので、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ください。

希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時から	時まで

④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、父母分それぞれ記入してください。

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））	