

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（上記の子どもを除く）※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 番号	男・女		有・無	
	( )		年 月 日 番号	男・女		有・無	
	( )		年 月 日 番号	男・女		有・無	
	( )		年 月 日 番号	男・女		有・無	
	( )		年 月 日 番号	男・女		有・無	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外					
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用なし ・ <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日 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）及び世帯情報を見ることができ、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利用開始を希望する時期、希望する施設（事業者）名等

利用開始を希望する時期	年 月 日 から
利用を希望する施設（事業者）名	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

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 ※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))	