

施設型給付費・地域型給付費等 教育・保育給付認定申請書

令和〇年 〇月〇日

保護者氏名 芦屋 父男

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 個人番号	性別 男 女	障害者手帳 の有無 有 無
	(アシヤ コタロウ 芦屋 子太郎)	R〇年 〇月 〇日生 番号 9876 5432 1098		
保護者 住所・連絡先	(住所) 芦屋町△△ 〇〇番□□号 (連絡先) 123-4567-8901 (母携帯)			
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)	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) 保育所等と併願の場合を除く)			

役場から入所について連絡をする場合があります。連絡がしやすい電話番号を記入してください。形態の番号を記入される際は、どなたのものか記入してください。

同居者全員の個人番号を記入してください。

・「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	(アシヤ チチオ) 芦屋 父男	父	H〇年 〇月 〇日 番号 1234 5678 9012	男 女	〇〇株式会社	有 無	
	(アシヤ ハハミ) 芦屋 母美	母	H〇年 〇月 〇日 番号 2345 6789 0123	男 女	株式会社△△ (育休中)	有 無	
	(アシヤ アネコ) 芦屋 姉子	姉	H〇年 〇月 〇日 番号 3456 7890 1234	男 女	□□小学校	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		□ひとり親家庭 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外					
生活保護の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし ・ □適用あり					

同意欄となっているので、必ず署名をお願いします。

裏面にも記入欄がございます。

保護者氏名 芦屋 父男

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	令和○年 ○ 月 ○ 日 から		
利用を希望する施設（事業者）名	第1希望	□□保育園	(希望理由) 姉が通っているから
	第2希望	○○保育所	(希望理由) 保育理念が良いから
	第3希望	認定こども園△△	(希望理由) 家から近いから

希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで	8 時から 17 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
父	<input checked="" 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)) (株) ○○ 平均月 22 日 8:30~18:00	
母	<input checked="" 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)) (株) △△ 平均月 20 日 8:00~17:00 現在育休中。令和○年○月○日職場復帰予定	