

様式第1号の2 (第3条関係)

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 保育利用申込書 (2・3号用)

年 月 日

保護者氏名

芦屋町長 様

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

申請に係る 小学校就学前 こども	(フリガナ) 氏 名	生年月日 個人番号	性別	障害者手帳 の有無
	()	年 月 日 番号		
			男・女	有・無
住所・連絡先	住所	連絡先 (父・母)		

①世帯の状況 (上記のこどもを除く) ※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					
生活保護の適用の有無		<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 保護開始) ・ <input type="checkbox"/> 無					
過去2年以内の住所		<input type="checkbox"/> 町内 ・ <input type="checkbox"/> 町外 () ※都道府県・市区町村					

②利用開始を希望する時期、希望する施設等

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	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

利用を希望 する時間	利用する曜日	利用する時間
	曜日から 曜日まで	時から 時まで

③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
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <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) ()

※裏面も必ずご記入ください。

施設入所に係る確認書及び同意書

必ず以下の項目を確認のうえ、の記入並びに同意の署名欄にご署名をお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	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情報（地方税関係情報等）について、住民基本台帳、課税台帳その他公簿等を確認する（マイナンバーを用いた情報連携を含む）ことや、他の行政機関等に必要な資料の提供を求めることがあります。
<input type="checkbox"/>	申請書に記入している事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報を施設・事業者等関係機関に提供することがあります。
<input type="checkbox"/>	保育料等を滞納した場合は、児童手当法第 21 条及び第 22 条の規定に基づき、芦屋町長から支給を受ける児童手当等から、当該児童手当等の支払期日をもって、滞納保育料の支払いに充てるものとします。なお、滞納保育料等の支払いが完済するまでの期間、児童手当等から充てるものとします。※保育料等とは、保育に係る諸経費全てを含みます。
<input type="checkbox"/>	世帯構成が変更になった場合や、保育を必要とする理由など、申請内容に変更が生じた場合は、役場子育て支援係までご連絡ください。変更申請が必要となります。
<input type="checkbox"/>	就労状況等の確認のため、雇用主その他の関係先に報告を求めることがあります。
<input type="checkbox"/>	申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育認定を取り消すことがあります。
<input type="checkbox"/>	入所申込書は 1 度提出されると、本年度末（3 月末）まで有効です。入所が保留となっている状態で、次年度 4 月以降の入所を希望される場合は、改めて入所申し込みをする必要があります。
<input type="checkbox"/>	希望施設の記入に間違いはありませんか。記入のない施設で受け入れが発生しても、利用調整を行いませんのでお間違いのないようにお願いします。
<input type="checkbox"/>	障がい・疾病がある児童、発達・発育に心配がある児童の入所申し込みについては、安全に保育を行うため、施設で受入体制を整える必要があります。また、申し込み時に申告がなく、入所決定後に障がい・疾病等の事実が確認された場合、受け入れができない場合があります。児童の状態でご気になることがありましたら、些細なことでも申告してください。申告内容については、適切な保育のため、関係機関・部署と情報共有いたします。
<input type="checkbox"/> 無	児童は療育手帳、身体障害者手帳等をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B1・B2 ・ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級・ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級） ⇒病名、障がい名等（ ）
<input type="checkbox"/> 無	乳幼児健診等で指摘を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> 有⇒（内容： ）
<input type="checkbox"/> 無	児童は現在、継続的に通院治療等をしていますか。 <input type="checkbox"/> 有⇒（ ） 病院 病名等（ ）
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> アレルギー（アトピー性皮膚炎等） ・ <input type="checkbox"/> ひきつけ ・ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 常時服用している薬・塗薬等（1 日 回 ⇒ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）
<input type="checkbox"/> 無	児童の発育について、気になることがありますか。 <input type="checkbox"/> 有⇒（ 内容： ） 専門機関に相談していますか。 <input type="checkbox"/> 有⇒（ ） 病院 ・ センター ）

上記事項について確認、同意しました。

年 月 日

保護者氏名 _____