

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（1号用）

R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	性別	障害者手帳 の有無
	(アシヤ コタロウ)	R〇 年 〇 月 〇 日		
	芦屋 子太郎	番号 9876 5432 1098		
住所・連絡先	住所 芦屋町△△ 〇〇番□□号	連絡先 (父・母) 123-4567-8901		

同居者全員のマイナンバーを
記入してください。

※世帯分離の有無に

該当するものに〇をつけ、連絡のつきやすい
番号を記入してください。

区 分	氏 名	の続柄	生年月日	性別	職業	有・無	住所
	(アシヤ チチオ)	父	H〇年〇月〇日	男・女	会社員	有・無	
	芦屋 父男		番号 1234 5678 9012				
	(アシヤ ハハミ)	母	H〇年〇月〇日	男・女	主婦	有・無	
	芦屋 母美		番号 2345 6789 0123				
	(アシヤ アネコ)	姉	H〇年〇月〇日	男・女	□□小学校	有・無	
芦屋 姉子	番号 3456 7890 1234						
児童 の 世 帯 員	()		年 月 日	男・女		有・無	
	()		年 月 日	男・女		有・無	
家庭の状況		□ひとり親家庭 ・ ☒ 左記以外					
生活保護の適用の有無		□有 (年 月 日 保護開始) ・ ☒ 無					
過去2年以内の住所		□町内 ・ ☒ 町外 (福岡県北九州市) ※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	R〇 年 〇 月 〇 日 から
利用を希望する施設	第1希望 □□幼稚園 (希望理由) 姉が通っているから
	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
	月 曜日から 金 曜日まで	9 時から 14 時まで

※裏面も必ずご記入ください。

裏面にも記入欄があります。

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。

☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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。
☒	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、入所に時間を要する場合があります。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。
☒ 無	児童は療育手帳、身体障害者手帳等をお持ちですか。 ☐ 有（ ☐ 療育手帳 A・B1・B2 ・ ☐ 身体障害者手帳 級・ ☐ 精神障害者保健福祉手帳 級） ⇒病名、障がい名等（ ）
☒ 無	乳幼児健診等で指摘を受けたことはありますか。 ☐ 有⇒（内容： ）
☒ 無	児童は現在、継続的に通院治療等をしていますか。 ☐ 有⇒（ ） 病院） 病名等（ ）
☐ 無	☒ アレルギー（アトピー性皮膚炎等） ・ ☐ ひきつけ ・ ☒ ぜんそく ☐ その他（ ） ☐ 常時服用している薬・塗薬等（1 日 回 ⇒ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）
☒ 無	児童の発育について、気になることがありますか。 ☐ 有⇒ 内容： 専門機関に相談していますか。 ☐ 有⇒（ ）

同意欄となっているので、必ず日付と署名をお願いします。

上記事項について確認、同意しました。

RO 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 芦屋 母美