様式第1号（第3条関係）

継続

新　規
継　続
転　園
地　域　枠
従　業　員　枠

（受付印）

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認定こども園・保育所・地域型保育入所（利用）申込書（兼現況届出書）

年　　月　　日

豊後大野市長　様

保護者氏名	

以下の項目に同意し、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定等を申請します。
①市が施設型給付費・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
②教育・保育の運営上必要と認められる情報や、保育料の額及び副食費の支払免除に関する事項を施設・事業者に提示すること

申請児童	（ふりがな） 氏　　名	性別	生年月日	R9年4月1日 時点の年齢	保護者との続柄
		（男）・女	令和　　年　　月　　日	歳	1.　子　（第　　子） 2.　その他（　　）

保護者等 住所・連絡先	（住所）　豊後大野市			
	電話番号（自宅）	－　　－	父・母の携帯等に連絡がつかない場合の連絡先	緊急連絡先名（　続柄　） （　　） 電話　　－　　－
	父携帯	－　　－		
	母携帯	－　　－		

保育の希望	（無）	幼稚園、認定こども園（教育部分）　→　下記①、②のみ記入	1号認定
	（有）	保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育　（幼稚園等との併願を含む。）→①～③すべて記入	2・3号認定
保育の必要量 （理由により希望に添えない場合有り）	○	保育標準時間（1日最長11時間）での保育	
	○	保育短時間（1日最長8時間）での保育　※月120時間を超えない就労、求職中などが該当します。	

個人番号	父※		母※		申請児童	

※父母の個人番号を記入してください。父母以外の者が保護者である場合は、当該保護者とその配偶者の個人番号を記入してください。

①世帯の状況

※申請児童を除いて同住所に住んでいる人全員（世帯分離している人も含む。）について記入してください。
※枠内に入らない場合は下の備考欄に記入してください。

区分	（ふりがな） 氏　　名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は 学校名等	市町村民税 所得割額 （※市記入）	備考
児童の世帯員			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
			年　月　日	（男）・女		有　・　無 （　　円）	
生活保護の適用の有無	（無）・（有）（　　年　　月　　日開始）					計　　円	
ひとり親世帯等の適用の有無	（無）・（有）（□ひとり親世帯　□未婚のひとり親世帯）						
在宅障害者の適用の有無 ※手帳等のコピーを添付してください。	（無）・（有）（□身障手帳　□療育手帳　□精神障害手帳　□特別児童扶養手当　□障害年金等受給者）						

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名等

利用を希望する期間	令和　　年　　月 1 日から	（1）小学校就学前 （2）　年　月　日	まで
利用を希望する施設（事業者）名等	施設（事業者）名　※1号認定（教育部分）申込みの場合は第1希望のみ記入してください。		
	（第1希望）	（第4希望）	
	（第2希望）	きょうだいが別々の施設への入所になっても入所を希望する。	□ はい　□ いいえ
	（第3希望）	きょうだい一人だけの入所が可能な場合でも入所を希望する。	□ はい　□ いいえ

備考	

1　号	標準時間	
2　号		
3　号	短時間	

○　教育・保育給付認定証は、任意交付です。交付を希望される方は、窓口にお問い合わせください。

（表面）

③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記入してください。
（別途、各事由による添付書類が必要となります）

	続柄	必要とする理由
保育の利用を必要とする理由		□就労（月120時間以上）＊1　□就労（月64時間以上120時間未満）＊2 □妊娠･出産 □疾病･障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □育休中 □その他（　　）
		□就労（月120時間以上）＊1　□就労（月64時間以上120時間未満）＊2 □妊娠･出産 □疾病･障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □育休中 □その他（　　）

希望する利用時間等	利用曜日　※希望曜日に○	利用時間
	日・月・火・水・木・金・土	時から　　時まで

（＊１）月120時間以上（例）1日6時間×週5日×4週間　以上
（＊２）月 64時間以上（例）1日4時間×週4日×4週間　以上

備考	

＊市記載欄

教育･保育給付認定証交付希望 （希望があった場合に☑）	□

受付年月日	年　月　日

教育･保育給付認定有効期間
（当初）　年　月　日～　年　月　日
（変更）　年　月　日～　年　月　日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由）： 年　月　日認定		□１号　□２号　□３号 （□標　□短）

支給（入所）の可否	支給(利用)期間
可・否 （否とする理由）： 〔 □施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型　〕	自　年　月　日 至　年　月　日

入所施設（事業者）名	
備　考	

＊施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年　月　日

施設（事業者）名	
担当者氏名 連　絡　先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（　　年　月　日　契約 / 内定）　・　無
備　考	

（裏面）