

様式第1号（第3条関係）

土庄町教育・保育給付認定兼教育・保育施設等利用申請書

土庄町長 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・保育給付認定及び特定教育・保育施設の利用について、必要書類を添えて申請します。なお、申請にあたり、土庄町が教育・保育給付認定及び利用者負担額算定（副食費の免除を含む）に必要な世帯情報及び市町村民税の情報（同一世帯者及び同居者を含む）を確認すること、また、利用調整及び入所決定時に特定教育・保育施設へその情報を共有すること、並びに他市町村からの照会に応じ情報を提供することに同意します。

①申請者	氏名	※署名又は記名押印	申請日	年 月 日
	住所	〒 -	転居予定	〒 - 転居予定日： 年 月 日

②申請児童	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日	④保護者との続柄
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生	
	住所	〒 - ※①申請者と異なる場合のみ記入	転居予定	〒 - 転居予定日： 年 月 日	
	障がい者手帳の情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 級)			
	アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	その他児童の健康状況 (該当する場合に記入)	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 (主な症状 ())			
	検診での指導事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	通院・入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通院 () <input type="checkbox"/> 入院 ()			
子育て関係機関への相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 子育て支援室 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> その他) 相談内容 ()				
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 母 (<input type="checkbox"/> 産休育休 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 父 (<input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 祖父母 (<input type="checkbox"/> 父方 <input type="checkbox"/> 母方) <input type="checkbox"/> その他 ()				

③希望する認定及び利用内容	希望する認定区分※1	<input type="checkbox"/> 1号認定 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定		
	希望する保育必要量※2	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間		
	土曜保育希望の有無※3	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (土曜日勤務)		
	利用を希望する期間	年 月から 年 月まで		
	利用を希望する施設名	第1希望	希望理由	
	第2希望	希望理由		
	第3希望	希望理由		

※1：1号認定：満3歳以上で教育を希望、2号認定：満3歳以上で保育を希望、3号認定：満3歳未満で保育を希望

※2：1号認定を希望する場合は記入する必要がありません。

※3：土曜保育を希望する場合は、保護者の就労証明書上で土曜日勤務の事実を証明する必要があります。

④保護者	続柄	父	母
	氏名		
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生
	勤務先・学校名等		
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
	保育を必要とする事由 (2・3号認定を希望する場合に記入)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ()

下記時点で土庄町外に住所があった保護者は必ず記入して下さい。(下記時点で土庄町に住所があった保護者は記入の必要がありません。)

ご提供いただく保護者の個人番号(マイナンバー)により、下記自治体へ税情報照会を行います。

個人番号をご提供できない場合は、保護者の所得課税証明書を提出して下さい。

保護者の税情報を取得できない場合(所得課税証明書等の未提出を含む)、利用者負担額等は最高階層で決定されます。

⑤ 保護者の個人番号	続柄	父			母		
	昨年1月1日時点の土庄町外の住所	都道府県	市区町村		都道府県	市区町村	
	今年1月1日時点の土庄町外の住所	都道府県	市区町村		都道府県	市区町村	
	個人番号(マイナンバー)						

⑥ 児童の世帯員(②④を除く。)	氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校名等
		年 月 日生		
		年 月 日生		
		年 月 日生		
		年 月 日生		
		年 月 日生		
	ひとり親世帯の適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日から適用)		
	障がい者手帳の取得の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (該当者氏名: 年 月 日から適用)		
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日から適用)			

⑦ 祖父母の状況	続柄	氏名	年齢	職業等	居住状況	住所(同居の場合は記入不要)	
	父方	祖父			<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		祖母			<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	母方	祖父			<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		祖母			<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

*施設記載欄(施設を経由して町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	施設名		担当者氏名	
-------	-------	-----	--	-------	--

*町記載欄

受付年月日	認定年月日	認定者番号	認定担当者	入力担当者
年 月 日	年 月 日			
支給認定の可否		認定区分	保育の必要量	
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否(否とする理由:)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	
支給(入所)の可否		支給(利用)期間		
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否(否とする理由:)		自 年 月 日 至 年 月 日		
入所決定施設名				
<input type="checkbox"/> 土庄こども園 <input type="checkbox"/> 四海こども園 <input type="checkbox"/> 大鐸こども園 <input type="checkbox"/> 北浦こども園 <input type="checkbox"/> 大部こども園 <input type="checkbox"/> 土庄保育園 <input type="checkbox"/> 瞳保育所 <input type="checkbox"/> 町外施設()				