

## 子どものための教育・保育給付認定申請書兼入所申込書

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

（あて先）北栄町長 様

下記のとおり、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。また北栄町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の課税情報（同一世帯者を含みます。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請に係る 小学校就学 前子ども	(ふりがな) 氏名		生年月日 (令和7年4月1日時点の満年齢)		性別	障がい者手帳等 の有無
	(ふりがな)		(H・R) 年 月 日生 ( 日 歳)	男・女	有・無	
	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降 (第 子)					
保護者 住所 連絡先	現住所	北栄町				
	連絡先	自宅	日中の連絡先 (第1連絡先に☑)	<input type="checkbox"/> 勤務先(父・母) ( ) - <input type="checkbox"/> 携帯①(父・母) - - <input type="checkbox"/> 携帯②(父・母) - -		
	令和6年1月1日の住所	町内・町外 ( )	令和7年1月1日の住所	町内・町外 ( )		
保育の希望 の有無 (※)	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) 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所と併願の場合を除く)					

(※)「保育所等」とは、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、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①、②に必要事項を記入して下さい。

## ① 世帯の状況（申込児童本人は除き、世帯分離を含みます。）

区分	(ふりがな) 氏名	児童 との 続柄	生年月日	性別	年齢	職業又は 学校名等	市町村民 税課税の 有無 (※)	備考
児童の世帯員 (同居親族全員)			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
			・ ・	男・女			有・無	
家庭の 状況	生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)						
	ひとり親世帯の適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	在宅障がい者(児)の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名: )						

(※) 前年度分の市町村民税又は当該年度分の市町村民税が課税されている場合には「有」に○をして下さい。

(裏面)

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前 まで	
		<input type="checkbox"/> その他： 年 月 日 まで	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月・火・水・木・金・土	時 分 から 時 分まで	
利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 教育標準時間（認定こども園の幼稚園部分 町内公立施設は 8：45～14：00） <input type="checkbox"/> 保育短時間（1日最大8時間までの利用 町内施設は 8：30～16：30） <input type="checkbox"/> 保育標準時間（1日最大11時間前での利用 町内施設は 7：15～19：00）※延長保育含む		
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由		事業所番号
	第1希望	(希望理由)	
	第2希望	(希望理由)	
	第3希望	(希望理由)	

③ 保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	具体的な状況
保育の利用を必要とする理由	父	<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"/> 育児休業(令和 年 月 日復帰予定) <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	母	<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"/> 育児休業(令和 年 月 日復帰予定) <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 ( )	

④ 以下の要件に同意した上で申します。(全てに☑を入れてください)

副食費徴収	<input type="checkbox"/> 副食費を徴収することに同意します。(3歳以上または幼稚園部分を利用される場合)
保育料	<input type="checkbox"/> 保育料を滞納した場合は、町が財産調査や財産等の差押え等の滞納処分を行うことに同意します。
利用施設	<input type="checkbox"/> 利用を希望する施設を全て記入しており、第2希望以降空欄の場合は選考の対象とならないことに同意します。
求職活動	<input type="checkbox"/> 90日以内に保育の必要性の要件を満たした就労証明書類を提出できない場合は退所となることに同意します。

----- 【記入はここまで】 -----

\*施設及び町記入欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

施設		支所		担当課	
受付者名		受付者名		受付者名	

備考	
----	--