

※市受付印

施設型給付費・地域型保育給付費 教育・保育給付認定申請書（新規・変更）
（兼保育所等利用申込書）

串間市福祉事務所長 様

申請日： 年 月 日

保護者 (申請者) の情報	フリガナ											
	氏名											
	住所											
	連絡先	自宅										
携帯 ()												
携帯 ()												

申請に係る 児童	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女								
児童の状況	健康状態	良好 ・ その他 ()										
	障害者手帳・療育手帳	無 ・ 有 ()										
	アレルギー等留意事項	無 ・ 有 ()										
	その他： <u>障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。また、健康状態や発達について、園へお伝えしたいことがありましたら記入してください。</u>											
保育の希望 の有無(※)	無：(1号認定)・幼稚園等の利用を希望する場合											
	有：(2号認定又は3号認定)・保護者の労働、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」とは、幼稚園・認定こども園（教育部分）、「保育所等」とは、保育所・認定こども園（保育部分）をいいます。

※「無」を選択した場合は、④以外全て記入してください。「有」を選択した場合は、①～⑥全て記入してください。

①世帯の状況（※申請児童以外の世帯員を記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先、学校名等	備考
児童の世帯員			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
生活保護の適用の有無		無 ・ 有 (年 月 日保護開始)				
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 障がい児(者)在宅世帯(氏名) <input type="checkbox"/> 左記以外				

②別居の祖父母の状況

		氏名	住所	電話番号
父方	祖父			
	祖母			
母方	祖父			
	祖母			

③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	年 月 日から 年 月 日まで
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由
	第1希望 (希望理由)
	第2希望 (希望理由)
	第3希望 (希望理由)

④保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育休取得中 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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	

⑤個人情報等の提供に当たっての署名欄

・串間市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定のため、申請者、配偶者及び同居世帯員の市町村住民税情報並びに個人情報を公簿等により確認すること、その情報に基づき決定した利用者負担額その他世帯情報等の必要な情報について、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。

・次年度4月の入所に向けた認定事務が集中し、審査に時間を要した場合は、審査結果は30日間を超えて通知することに同意します。

保護者氏名

⑥支給認定証の交付について

支給認定証の交付を 申請する 申請しない

※市記入欄

マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード + 顔写真有1つ： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート () 顔写真無2つ： <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 ()	認定者番号
認定区分等	認定の可否		支給（入所）の可否
<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)	可・否 年 月 日認定	(否とする理由)	可・否 (否とする理由)
支給（利用）期間	入所施設（事業者）名	備考	
自： 年 月 日			
至： 年 月 日			