

令和3年2月1日

士別市長 様

保護者氏名 士別 太郎 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳 等の有無※
	しべつ いちろう  士別 一郎	平成26年1月1日生	男・女	有・無
個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 ※12桁の個人番号を記入して下さい。			
保護者の居住地及 び連絡先	居住地 〒095-8686 士別市東6条4丁目 連絡先 0165-23-3121 自宅 090-1234-5678 父携帯 など			
認定者番号	記入不要 ※既に認定を受けている場合に記入して下さい。			
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（保育所等との併願の場合を除く）			

(※)

- ・「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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏名	児童との 続柄	生年月日	性別	職業、学校 名等	市町村民税 課税の有無	障害者手帳 等の有無※	
					個人番号			
申請に係る小学校 就学前子ども の世帯員	しべつ たろう 士別 太郎	父	昭和60年2月1日生	男・女	会社員	有・無	有・無	
	しべつ はなこ 士別 花子	母	昭和61年3月1日生	男・女		有・無	有・無	
	しべつ じろう 士別 次郎	兄	平成23年4月1日生	男・女	士別小学校	有・無	有・無	
				年 月 日生	男・女		有・無	有・無
				年 月 日生	男・女		有・無	有・無
				年 月 日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り（ 年 月 日保護開始）						

祖父母等同居者全て記載  
世帯分離している場合も  
同居の場合は記載

※障害者手帳等の有無は、障害者手帳・療育手帳・精神保健手帳の交付を受けている者、及び、特別児童扶養手当の支給対象児童・国民年金の障害基礎年金の受給者となっている場合「有」となります。

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用を希望する期間	令和3年 4月 1日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設（事業所）名	施設（事業所）名・希望理由		事業所番号
	第1希望	〇〇保育園（希望理由）自宅から近い	記入不要
	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

※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下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父母	<input checked="" 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"/> 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"/> その他（ ）	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月～金		8:00～18:00

④税情報等の提供に当たっての署名欄

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。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

保護者氏名 士別 太郎 印

⑤支給認定証の交付申請

教育・保育給付認定された場合、支給認定証の交付を申請します。 有 無

※市記載欄

受付年月日 年 月 日

支給認定証の交付を希望する場合は有に印をつけてください。

認定の可否	認定者番号	認定区分
可・否 （否とする理由） 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
入所の可否	支給（利用）期間	
可・否 （否とする理由） （ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型）	自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設（事業者）名		
備考		