

教育・保育給付認定申請書

（施設型給付費・地域型保育給付費等の支給）

年 月 日

長南町長 様

住所（居住地）

保護者氏名

連絡先

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

申請に係る児童	フリガナ		生年月日	性別	障害者手帳
	氏名				
			年 月 日生	男・女	有・無
緊急 連絡先	1	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	2	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	
転入日 (転入者のみ)	年 月 日 (※令和7年1月2日以降に長南町に転入した場合に記入してください。)				
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（幼稚園等と併願の場合を含む。）				
	無 : 幼稚園等だけを希望する場合				

※「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。

①税情報等の提供に当たっての同意

（ただし、町に情報がない場合には、課税証明書等の提出が必要です。）

教育・保育給付に係る支給認定及び利用者負担額の決定等について、町が申請内容の事実の確認を行うことに関し、次の事項に同意します。

- 1) 小学校就学前子ども及び当該者と同一世帯の者の住民登録関係情報及び町民税課税状況について確認すること。
- 2) 必要に応じて、生活保護若しくは児童扶養手当等の受給状況、または身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳の交付状況等について、照会・確認すること。

保護者氏名

別紙

第1号様式（第7条関係）

②世帯の状況（申請に係る児童を除く、すべての同居者を記入してください。）

	フリガナ	続柄	生 年 月 日	性別	職業等	個人番号
	氏 名					
児 童 の 世 帯 員			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
		年 月 日生	男・女			
生活保護受給	☐ 該当なし ☐ 受給中（申請中を含む。）（ 年 月 日開始・開始予定）					
ひとり親世帯	☐ 該当あり ・ ☐ 該当なし					

③利用する希望期間、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
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)

※保護者が就労又は疾病等の理由により保育所等に保育を利用する場合に記入してください。

保育の利用を 必要とする 理由	続柄	必要とする理由（主なもの一つに☑してください。）					
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DVのおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ） （具体的な状況（勤務先、就労時間、日数等や疾病状況など））					
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待・DVのおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ） （具体的な状況（勤務先、就労時間、日数等や疾病状況など））					
希望する 利用時間	利用曜日			利用時間			
	曜日から		曜日	時から		時まで 時間	

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業所の所在地)	
施設(事業所名)	
連絡先	
入所契約(内定)の有無	有 【契約・内定 (年 月 日契約 (内定))】 ・ 無
備 考	

別紙

第1号様式（第7条関係）

＊市町村記載欄 受付年月日

受付年月日	年	月	日
-------	---	---	---

保育の必要性の認定経過

認定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
認定証番号				
認定区分	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号
支給認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
保育利用時間	☐ 標準時間 ☐ 短時間	☐ 標準時間 ☐ 短時間	☐ 標準時間 ☐ 短時間	☐ 標準時間 ☐ 短時間

別紙

第1号様式（第7条関係）

利用者負担額の認定経過

認定日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
町 民 税 額	父 所 得 割	円	円	円	円	円	円
	父 均 等 割	円	円	円	円	円	円
	確 認 方 法	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書
	母 所 得 割	円	円	円	円	円	円
	母 均 等 割	円	円	円	円	円	円
	確 認 方 法	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書	課税台帳 証明書 通知書
	所 得 割 計	円	円	円	円	円	円
生 活 保 護	開 始 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	廃 止 年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
町 階 層							
国 階 層							
利 用 者 負 担 額		円	円	円	円	円	円
対 象 月		年 月から	年 月から	年 月から	年 月から	年 月から	年 月から
備 考							
確 認 印							