

令和 年 月 日

受付印

2号・3号

教育・保育給付認定申請書兼保育所等入所申込書(現況届)

石井町長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定の申請及び保育所等の入所申込み(現況届/継続児確認)をします。

※継続児のみ回答してください。

継続 転園の申請

ふりがな	性別	生年月日	個人番号			
申請児童名		平成・令和 年 月 日				
令和5年4月1日現在の年齢		才				
ふりがな	続柄	連絡先	自宅 携帯 (父)			
保護者名			携帯 (母)			
住 所	〒779- 名西郡石井町					

①世帯の状況(申請児童を除き記入、別居していても生計同一の子どもがいる場合はその子どもも記入してください。)

児童の世帯	ふりがな 氏 名	児童との 続柄	生 年 月 日	職 業 等	同居の 有無
	1		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居
	個人番号				
	2		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居
	個人番号				
	3		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居
	個人番号				
	4		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居
個人番号					
5		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居	
個人番号					
6		昭・平・令 年 月 日		同 居 別 居	
個人番号					
生活保護適用の有無	有(年 月 日開始)・ 無	家庭の状況	ひとり親家庭 ・ 左記以外		
障がい者手帳等の有無	有(氏名)・ 無	育休・産休明けの日 (産休・育休取得者のみ)	令和 年 月 日予定		
令和4年1月1日 時点の住所	父	石井町・石井町外(市・町・村	転入予定 有 (予定日 年 月 日)・無		
	母	石井町・石井町外(市・町・村	転入予定 有 (予定日 年 月 日)・無		
令和5年1月1日 時点の住所	父	石井町・石井町外(市・町・村	転入予定 有 (予定日 年 月 日)・無		
	母	石井町・石井町外(市・町・村	転入予定 有 (予定日 年 月 日)・無		

②利用を希望する施設

利用希望施設	利用施設名	希望理由	
	第1	保育所(園)・認定こども園	
	第2	保育所(園)・認定こども園	
	第3	保育所(園)・認定こども園	
	第4	保育所(園)・認定こども園	
	第5	保育所(園)・認定こども園	

入力確認	世帯	施設
------	----	----

③利用を希望する期間と必要量

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
希望保育時間	時 分 から 時 分 まで
希望利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
希望保育必要量	保育標準時間(おおむね11時間)・保育短時間(おおむね8時間)

④保育の利用を必要とする理由

就 労 の 状 況 等	保護者 続柄	保育を必要とする理由			
	就 労 の 状 況 等	<input type="checkbox"/> 就労	(月時間: 120時間以上・120時間未満)		<input type="checkbox"/> 求職活動
		<input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 就学(年 月 日から)	
		<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 看護
		<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> DV等	<input type="checkbox"/> その他()	
	就 労 の 状 況 等	<input type="checkbox"/> 就労	(月時間: 120時間以上・120時間未満)		<input type="checkbox"/> 求職活動
		<input type="checkbox"/> 妊娠・出産(出産予定日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 就学(年 月 日から)	
		<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 障がい	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 看護
<input type="checkbox"/> 災害復旧		<input type="checkbox"/> DV等	<input type="checkbox"/> その他()		
家庭の状況 (優先利用事由)	<input type="checkbox"/> ひとり親(児童扶養手当受給 有・無) <input type="checkbox"/> 世帯員に障がい者がいる <input type="checkbox"/> 生計中心者が失業 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 虐待・DVのおそれ <input type="checkbox"/> 兄弟同時利用 <input type="checkbox"/> 継続児 <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 保護者が保育士資格有で保育施設等に就労する場合 <input type="checkbox"/> その他				
備考					

石井町長 宛

上記のとおり、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(2・3号)を申請します。なお、石井町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定、利用者負担額、副食費徴収免除及び補足給付事業に必要な市区町村民税の情報(同一世帯を含む)及び世帯情報を閲覧・調査すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

令和 年 月 日 保護者名

支給認定書の交付の有無について	必要 ・ 不要
-----------------	---------

※事務の集中等により保育の必要性の認定、利用施設の調整により利用決定が30日を過ぎることがありますのでご了承ください。

これより以下は町の記入欄のため記載不要です。

認定区分	支給認定期間			保育必要量	兄弟姉妹申請	認定の可否
2号 3号	令和 年 月 日 令和 年 月 日			標準時間 短時間	有・無	可・否
入所決定施設	<input type="checkbox"/> さくら認定こども園 <input type="checkbox"/> 光の子保育園 <input type="checkbox"/> いしいキッズ <input type="checkbox"/> 気延のもりの保育園 <input type="checkbox"/> 浦庄保育所 <input type="checkbox"/> 高原保育所 <input type="checkbox"/> 高川原保育所 <input type="checkbox"/> その他()				軽減措置	
階層(国)	階層(町)	利用者負担額		軽減措置		
				有・無		
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
実保育必要時間	1日あたり 平均時間	×	月平均日数	→	月あたり平均保育 必要時間(通勤へ含む)	施設 受け取り印

MEMO

.....

入力確認

--	--