

様式第1号（第3条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

年 月 日

（申請先）佐久市長

保護者氏名 _____

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 の子ども	フリガナ 氏 名	生 年 月 日		障害者手帳の 有無
		年 月 日生	個人番号	有・無
保護者住所 連絡先	(住所) (連絡先) 自宅： 携帯： - - ()			
支給認定証番号	※既に教育・保育給付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（保育所等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1～4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 申請に係る小学校就学前子どもの属する世帯の状況

区分	フリガナ 氏 名	個人番号	子ども との 続柄	生 年 月 日	職業又は学 校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
子 ど も の 世 帯 員				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		有・無	
				年 月 日生		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)				

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

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(表面)

3 保育所等の利用を必要とする理由等

※保護者の労働、疾病等の理由により保育所等の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育所等の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考	
		<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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))		
		<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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))		
		<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"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))		
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (年 月 日より) <input type="checkbox"/> 障害者のいる家庭 (年 月 日より) <input type="checkbox"/> 上記以外			
利用を希望する曜日及び時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分から	時 分まで <input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間

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 _____

支給認定証交付の希望 支給認定証の交付を希望する。

支給認定証の交付を希望する場合は、にチェックをしてください。支給認定証の所持は任意です。

*市記入欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否	支給認定者番号	認定区分等	
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)	
支給(入所)の可否		支給(利用)期間	
可・否 <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 (否とする理由)	自	年 月 日	
	至	年 月 日	
入所施設(事業者)名			
(<input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 (<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)			
備考			

*施設記入欄 (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(事業者)名	(事業所番号: _____)		
担当者氏名連絡先	(担当者)	(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		

(裏面)