

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（記入例）

令和 5年 10月 11日

（申請先）佐久市長

保護者氏名 佐久 太郎

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 有・無
	サク ジロウ 佐久 二郎	令和元 年 11 月 11 日生 個人番号 1111 XXXX XXXX	
保護者住所 連絡先	(住所) 佐久市中込 3056 (連絡先) 自宅：62-2111 携帯：090-XXXX-XXXX (母)		12桁のマイナンバーを ご記入ください。
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		
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」
- ・「有無」

世帯分離に関わらず、同居している祖父母の方などを含め、全員分ご記入ください。
 単身赴任の場合もご記入ください。

必要事項を記入

1 申請に係る小児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	サク 太郎	2222 XXXX XXXX	父	S60年 2月 3日生	会社員	有・無	
	サク 花子	3333 XXXX XXXX	母	S62年 5月 30日生	パート	有・無	
	サク 一郎	4444 XXXX XXXX	兄	H25年 7月 29日生	〇〇学校	有・無	
	サク 鯉太郎	5555 XXXX XXXX	祖父	S35年 9月 15日生	自営業	有・無	
	サク 鯉子	6666 XXXX XXXX	祖母	S35年 12月 20日生	農業	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	令和 6年 4月 1日から 令和 9年 3月 31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 〇〇〇保育園 （希望理由）家から近い	
	第2希望 □□□保育園 （希望理由）祖父母の家から近い	
	第3希望 △△△保育園 （希望理由）勤務先から近い	

- 「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		就労時間を確認の上必ず記入してください。
	父	<input checked="" 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 <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)) ○○社 8時30～17時30分 平日勤務		
	母	<input checked="" 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)) ○○店 9時～15時30分 週5日		
	祖父 祖母	<input checked="" 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)) 祖父：○○店 8時～18時 不定休、 祖母：農業 9時～17時		
同居祖父母の方など、65歳未満の世帯全員の方についてご記入ください。	<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 checked="" type="checkbox"/> 上記以外		短時間：8時から16時まで 標準時間：開所から11時間まで	
	利用曜日 月 曜日から 金 曜日まで		利用時間 8時30分から 16時00分まで <input checked="" 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 佐久 太郎

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

市記入欄