

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。  
なお、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並びに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。

|                               |                                                   |                |              |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|--------------|
| 保育の希望の有無<br>(※)<br>(該当する項目に○) | 無（1号認定）：幼稚園等の利用を希望する場合                            |                |              |
|                               | 有（2号，3号認定）：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 |                |              |
| 申請に係る<br>小学校就学前<br>の子ども       | フリガナ<br>氏 名                                       | 生 年 月 日        | 障害者手帳<br>の有無 |
|                               |                                                   | 年 月 日生<br>個人番号 | 有・無          |
| 保護者住所<br>連絡先<br>(1号認定希望の場合)   | (住所) 〒 -<br>(連絡先) 自宅： 携帯： - - (続柄 )               |                |              |

- (※) ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。  
・「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。）。  
・ 保育の希望の有無について「無」とした場合は1～2に、「有」とした場合は1～3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(単身赴任含む)及び同一住所居住者の状況

|                           | フリガナ<br>氏 名                                                                                                                                            | 個人番号 | 子ども<br>との続柄 | 生 年 月 日 | 職業又は<br>学校名等 | 備考 | 手帳 |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|---------|--------------|----|----|
| 子どもの属する世帯員等               |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
|                           |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
|                           |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
|                           |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
|                           |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
|                           |                                                                                                                                                        |      |             | 年 月 日生  |              |    |    |
| 家庭の状況<br>(該当しない場合はチェック不要) | <input type="checkbox"/> 生活保護の適用有り ( 年 月 日保護開始)<br><input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ( 年 月 日より)<br><input type="checkbox"/> 障がい者のいる家庭 ( 年 月 日より※上記手帳欄に○) |      |             |         |              |    |    |

2 利用の希望内容、希望する施設（事業者）名

|                 |    |                 |                                                                                 |
|-----------------|----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 利用の<br>希望内容     | 期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |                                                                                 |
|                 | 曜日 | 曜日から 曜日まで       |                                                                                 |
|                 | 時間 | 時 分から 時 分まで     | (2号、3号認定希望の方)<br><input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間 |
| 利用を希望する施設（事業者）名 |    |                 |                                                                                 |

※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。

[illegible]

(但し、3歳以上児の場合に限り、園の空き状況により新規申込でも該当となる場合があります。)

支給認定証交付の希望 ☐ 支給認定証の交付を希望する。

企業主導型保育所や広域入所で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が保育期間の終了時に返還が必要です。

※施設記入欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

|                 |                                                                          |       |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|
| 受付年月日           | 令和          年          月          日                                      |       |
| 施設（事業者）名        |                                                                          |       |
| 担当者氏名連絡先        | （担当者）                                                                    | （連絡先） |
| 入所契約（内定）<br>の有無 | 有（ 契約・内定      （          年          月          日契約（内定） ） ）      ・      無 |       |

(裏面)