

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兼入園申込書

記入例

令和 6年 11月 5日

(提出先)

野沢温泉村長殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

幼保連携型認定こども園入園を申し込みます。

申請児童	(ふりがな) 氏名	生年月日 ※年齢は令和7.4.1現在	性別	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	のざわ けい 野沢 携	令和4年12月23日生 (年齢 2)	男・女	
障害者手帳の有無	有・無 (身体障害者手帳、療養手帳、精神障害者保健福祉手帳)			
保護者住所・連絡先	保護者氏名	野沢 長男 印		
	(住所)	野沢温泉村大字 ○○ 0000 番地 地区 横 落		
	(連絡先)	自宅 0269-00-0000 父携帯 000-0000-0000 母携帯 000-0000-0000		
保育の希望の有無(※)	有: 保護者の労働の場合又は疾病等の理由により、保育所等(認定こども園保育部分)において保育の利用を希望する場合			
	無: 幼保連携型認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合			

記入押印をしてください。

(※)「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に必要な事項を記入して下さい

① 世帯の状況 (上記児童以外の同居親族全員)

区分	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	市町村民税課税の有無	マイナンバー(個人番号)
児童の世帯員	のざわ ながお 野沢 長男	父	S63年6月10日生	男・女	○×(株)	有・無	0000 0000 0000 0000
	のざわ やすこ 野沢 保子	母	H2年2月11日生	男・女	△センター	有・無	0000 0000 0000 0000
	のざわ そのこ 野沢 園子	祖母	S37年7月22日生	男・女	○△店	有・無	
	のざわ すす 野沢 達	姉	H29年4月15日生	男・女	のざわこども園	有・無	
				年 月 日生	男・女		有・無
			年 月 日生	男・女		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 利用を希望期間、希望する施設(事業者)名

入園を希望する期間を記入してください。

利用を希望する期間	令和7年4月1日から 令和10年3月31日まで	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	事業所番号*
	のざわこども園 理由: 自宅から近いため	

○「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③ 保育の利用を必要とする理由等

※ 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に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	(具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))
	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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()	具体的に ○×(株) 勤務時間は A8:30~P5:30 月 20 日勤務 残業週 3 時間 月 1 日程度休日勤務あり
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 ()	具体的に △センター 勤務時間 A8:20~P4:00 月 20 日勤務	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土 希望認定(標準時間・短時間)	(月~金)	8 時 30 分 ~ 18 時 00 分
		(土曜日)	時 分 ~ 時 分

該当にチェックを入れて下さい。

記名押印をお願いします。

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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 父 **野沢 長男** 母 **野沢 保子**

* 村記載欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定区分等 <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(入園)の可否	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) 【 <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 】	自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
のざわこども園	
備考	