

教育・保育給付認定申請書 兼 入園申込書

令和 年 月 日 川辺町長様

申請者 保護者氏名

次のとおり施設型給付費等に係る教育・保育給付認定の申請及び入園を申し込みします。

申請にかか る子ども	氏名 (ふりがな)		生年月日		個人番号					
			H□□ 年 月 日							
	性別	男・女	障がい者手帳等の有無			有・無				
保護者の住 所 連絡先	川辺町			電話	続柄：					
				電話	続柄：					
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有 (保育2・3号認定) *保育を必要とする理由が必要 <input type="checkbox"/> 無 (教育1号認定)									

申請にかかると子ども以外の家族の状況等 (入園する子どもの保護者・兄弟姉妹は別居していても記入してください)

氏名 個人番号	子どもの続柄	生年月日	障がい者手帳等の有無	勤務先または学校名 *別居の場合は住所	保育の利用を必要とする理由 *保護者のみ (1号認定を除く)
		S・H 年 月 日	有・無		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		S・H 年 月 日	有・無		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		S・H・R 年 月 日	有・無		
		S・H・R 年 月 日	有・無		
		S・H・R 年 月 日	有・無		
		S・H・R 年 月 日	有・無		
利用希望期間	令和 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		
利用希望施設名 希望理由	第1希望	<input type="checkbox"/> 第1こども園 <input type="checkbox"/> 第2こども園 <input type="checkbox"/> 第3こども園		<input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い <input type="checkbox"/> ( )	
	第2希望	<input type="checkbox"/> 第1こども園 <input type="checkbox"/> 第2こども園 <input type="checkbox"/> 第3こども園		<input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い <input type="checkbox"/> ( )	
	その他			<input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い <input type="checkbox"/> ( )	
利用希望曜日 及び時間 (2・3号のみ)	<input type="checkbox"/> 月曜日から金曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日から土曜日		<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (最長7:30~18:30) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (最長8:30~16:30)		

**\*保育の利用希望曜日及び時間は、家庭での保育ができない曜日・時間のみです。無条件に最長時間まで利用することはできません。必要とする理由に基づいた利用希望の曜日・時間を記入してください。**

世帯の状況

生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 有（保護開始 年 月 日） <input type="checkbox"/> 無
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外
児童扶養手当受給資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特別児童扶養手当受給資格の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

お子さんの状況

健康状況（病気）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名（ ）
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）

申請、申込みにあたっての確認事項	
<p>・子ども・子育て支援法に基づく教育・保育給付認定、利用者負担額区分の決定、食材料費（副食費）の減免決定等の事務に利用することを目的に、市町村民税の情報（生計同一世帯者を含む）及び世帯情報等を関係機関において閲覧または調査、確認すること。</p> <p>・町が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。</p> <p>・給付認定子どもについて、子どもの健康及び発育状態等を確認するため、利用施設（こども園）、小学校、他の特定教育・保育施設等、保健センター、おおぞら教室その他の関係機関が保有する情報について提供し合うこと。</p>	
以上について内容を確認し同意します。	保護者氏名 <span style="float:right">印</span>
	<span style="float:right">印</span>
	（自書または記名押印）

※施設記載欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

受付年月日	年 月 日	入園予定日	年 月 日
施設（事業者）名			
担当者氏名		連絡先	電話

※川辺町記載欄

本人確認	番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	身元	1 点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） 2 点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書等 <input type="checkbox"/> その他（ ） その他 <input type="checkbox"/> 委任状