

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

令和6年度(表面)

提出先 大館市長

【申請者情報】

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る認定及び施設利用を申請します。

また、大館市が同給付費の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し、その情報に基づき決定した利用者負担額及び認定の内容について、特定教育・保育施設等に対して提示すること、内定時に必要情報を内定施設へ提供することに同意します。

住所			
令和5年1月1日時点の住所	(父)	<input type="checkbox"/> 大館市内	<input type="checkbox"/> 大館市外()
※9月以降の申込は令和6年1月1日時点	(母)	<input type="checkbox"/> 大館市内	<input type="checkbox"/> 大館市外()
氏名			
※支給認定証の交付が不要な場合はチェックしてください。【 <input type="checkbox"/> 】			

入園希望児童	フリガナ氏名	生年月日	性別	※市記入欄 (令和6年4月1日時点) 歳児	
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	障害にかかる資格の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書		
	慢性的な疾患等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※保育所等で生活する上で、特別な配慮が必要ですか。 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり()		
	発達の遅れや気になる点の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	具体的な状況() 相談等をしている施設()		
保護者連絡先	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() [()]				
※日中連絡可能な番号	<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() [()]				
支給認定申請状況	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 認定済(支給認定番号[]※既に認定証をお持ちのかた)				
施設申込区分	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 転園希望 <input type="checkbox"/> 卒園 <input type="checkbox"/> 転入予定 <input type="checkbox"/> その他() ※現在、保育施設を利用しているかた 現在入所中の施設名:				
希望利用期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学まで / <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで ※育児休業取得中で、復職予定として申込するかたは、次を確認し「✓」してください。 <input type="checkbox"/> 入園が決定した場合は、入園月の翌月1日までに復職すること、また、復職しない場合は、入園が取消となることを了承済みです。				
教育認定	入所施設	※入園決定通知の写しを添付してください。			
	施設等利用給付認定	<input type="checkbox"/> 希望する…施設等利用給付認定申請書及び就労証明書等の提出が必要です。 <input type="checkbox"/> 希望しない			
保育認定	希望保育時間	<input type="checkbox"/> 標準時間(一日最大11時間まで) <input type="checkbox"/> 短時間(一日最大8時間まで) ※求職活動のかたは「短時間」の利用のみになります。			
	第1希望	※きょうだい同時申込のかたは「✓」してください。 <input type="checkbox"/> (希望順位が低くても)同じ施設の入所を優先 <input type="checkbox"/> (きょうだい別の園でも)希望順位の高い施設の入所を優先			
	第2希望				
	第3希望				

① 世帯の状況…代表保護者の続柄に「○」を付けてください。足りない場合は裏面の【予備欄】へ記入してください。

児童の世帯員・同居者	フリガナ氏名	続柄	生年月日	職業・学校・入所施設名等 世帯員の同居状況	障害に係る資格の有無 ※「有」のかたは裏面の記入も必要です。
		父	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金
		母	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外		生活保護適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他()	
別居している世帯員について	続柄	(住所) (氏名)		(生年月日)	年 月 日生
	理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他()		左記となった年月	年 月から

