

様式第3号 (第5条関係)

米原市施設型給付費等教育・保育給付認定申請書 兼施設等利用申込書 兼現況届書
 年 月 日

保護者氏名 _____

米原市長 様
 教育・保育給付認定を受けたいので、子ども・子育て支援法第20条第1項の規定により、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。

申請に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	() 個人番号:	年 月 日	男 ・ 女	有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	(現住所) (連絡先) (転入先住所)※該当者のみ			
認定証番号		認定証交付の希望の有無	有 ・ 無	
申込区分	新規または転園 ・ 継続	前年度利用施設		
保育の希望の 有無(※)	有 : 保護者の労働また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(長時部)、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」とは、幼稚園、認定こども園(短時部)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は、①～⑥を、「無」を○で囲んだ場合は、②～⑤を記入してください。

①保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働また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ください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	保育を必要とする理由	備考
			<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> その他()	
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		利用希望時間
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 分まで <input type="checkbox"/> 保育標準時間 (1日最大11時間保育) <input type="checkbox"/> 保育短時間 (1日最大8時間保育)

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで		
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	施設・事業所番号*	
	第1希望 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 通勤経路にあるため <input type="checkbox"/> 兄弟等が入所(園)しているため <input type="checkbox"/> その他	
	第2希望 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 通勤経路にあるため <input type="checkbox"/> 兄弟等が入所(園)しているため <input type="checkbox"/> その他	
	第3希望 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 通勤経路にあるため <input type="checkbox"/> 兄弟等が入所(園)しているため <input type="checkbox"/> その他	
	第4希望 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 通勤経路にあるため <input type="checkbox"/> 兄弟等が入所(園)しているため <input type="checkbox"/> その他	
	第5希望 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅に近いため <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 通勤経路にあるため <input type="checkbox"/> 兄弟等が入所(園)しているため <input type="checkbox"/> その他	

(表面)

③世帯の状況（子どもの兄弟姉妹は、小学校就学前の児童のみを記入してください。）

区分	(ふりがな) 氏名	子ども との 続柄	生年月日	職業 または 学校名等	市民税 課税の有無	備考
子どもの世帯員	()		年 月 日		有 ・ 無	
	個人番号: ()		年 月 日		有 ・ 無	
	個人番号: ()		年 月 日		有 ・ 無	
	個人番号: ()		年 月 日		有 ・ 無	
	(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	申込状況		第1希望園
子どもの兄弟姉妹	()		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込有(保育所等・幼稚園等) <input type="checkbox"/> 申込無(家庭保育・認可外等)		
	個人番号: ()		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込有(保育所等・幼稚園等) <input type="checkbox"/> 申込無(家庭保育・認可外等)		
	個人番号: ()		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申込有(保育所等・幼稚園等) <input type="checkbox"/> 申込無(家庭保育・認可外等)		
生活保護の適用の有無		無 ・ 有(年 月 日保護開始)				

④在宅障がい者（申請子ども以外に障がい者がいる場合は記入してください。）

氏名（申請子どもとの続柄）	手帳の種類および等級
()	(級)

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

米原市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む。)および世帯情報を閲覧すること、ならびにその情報に基づき決定した保育料について、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。

保護者名

⑥育児休業の延長（“はい”を選んだ場合、利用調整における指数が減点となります。）

希望する保育所等を利用できない場合は、育児休業の延長をすることができるか。	はい ・ いいえ
---------------------------------------	----------

市記入欄

受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定証番号
可 ・ 否 (否とする理由)	認定区分等
年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
利用施設(事業者)名	
<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)	
備考	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(施設・事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定)))・無
備考	