

保育認定申請書および保育園・幼稚園利用申込書

(あて先) 甲良町長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

また、町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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。

令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名 印

Table with 6 columns: 児童 (Child), 氏名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 障害者手帳、療育手帳の有無 (Presence of Disability Certificate/Therapy Certificate). Includes checkboxes for male/female and presence/absence of certificates.

Table with 2 columns: 保護者 (Guardian), 現住所 (Current Residence), 令和2年1月1日現在の住所 (Residence as of Jan 1, 2020), 連絡先 (Contact Info). Includes checkboxes for 'same as above' and fields for home/mobile contact.

Table with 2 columns: 認定者番号 (Certification Number), 既給認定 (Already Certified). Note: ※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。

Table with 2 columns: 保育の希望の有無 (Wish for Childcare), 有 (Yes), 無 (No). Includes detailed instructions and checkboxes for various childcare options.

※1) 「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。
※2) 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

1 世帯の状況 家庭の状況 ひとり親家庭 それ以外

Table with 8 columns: 区分 (Category), 氏名 (Name), 児童との続柄 (Relationship), 申請時の年齢 (Age), 性別 (Gender), 職業又は学校名等 (Occupation/School), マイナンバー個人番号 (My Number), 障がい者手帳の有無 (Disability Certificate). Includes a row for '生活保護適用の有無' (Eligibility for Public Assistance).

◎父または母が児童と同居していない場合、その状況について以下に記入してください。

Table with 3 columns: 同居していない者の氏名等 (Name of non-cohabiting person), 同居していない理由 (Reason for non-cohabitation), 左記理由となった年月日 (Date of reason). Includes checkboxes for death, divorce, etc.

※裏面も漏れなく記入してください。

②

(裏面)

利用を希望する施設（事業者）名、利用を希望する期間

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) ※町処理欄、記入不要
	第1希望		
	第2希望		
利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

③

保育の利用を必要とする理由等

※保育所等<sup>※1)</sup>において保育の利用を希望する場合のみ以下の項目に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	児童との続柄	必要とする理由	具体的な状況等 (勤務先、就労時間・日数や疾病等の状況等)
		<input 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )	
		<input 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"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )	

保育の利用を必要とする時間等	必要とする曜日	1日のうちで必要とする時間	備考 <sup>※3)</sup>
	<input type="checkbox"/> 平日(月～金曜日)	( : ~ : まで)	
	<input type="checkbox"/> 土曜日	( : ~ : まで)	

※3) 備考欄には、上記の必要とする曜日・時間等において補足すべき事項がある場合に記入してください。

## 承諾書

私は、次の①から③までの内容について承諾します。

- ① 保育認定、利用審査及び利用者負担額の算定に必要な私、配偶者その他世帯員の個人情報を利用すること。
- ② ①の個人情報について、必要に応じて他市町及び保育所等に調査または提供すること。
- ③ 保育に必要な申請児童の情報について関係機関に提供すること。

甲良町長 様

令和 年 月 日

申請児童の  
保護者氏名

印

-----【記入はここまで】-----

※町記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 可(令和 年 月 日認定)	認定者番号	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
<input type="checkbox"/> 否(理由 )		<input type="checkbox"/> 3号( <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
<input type="checkbox"/> 可 ( <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ) <input type="checkbox"/> 否		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
入所施設(事業者)名		
※類型 <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"/> 事 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居)		
備考		

※施設記載欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 内定(平成 年 月 日契約(内定)) ) <input type="checkbox"/> 無
備考	