

記載例

教育・保育給付認定申請書兼施設入園申込書

令和 6年 11 月 20 日

鮫川村長 様
鮫川村教育委員会教育長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る子どものための教育・保育給付認定申請及び施設への入園を申込みます。

また、鮫川村が施設型給付費・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課税情報（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を特定教育・保育施設等に提示することに同意します。

児 童	氏 名	続柄	生年月日	性別	障害者手帳等の有無	個人番号
	フリガナ サメガワ キボウ 鮫川 希望	子	令和 4年 5 月 5 日	男 女	有・無 ※有の場合は写しを添付してください	123456789012 備考
給付認定番号		※既に教育・保育給付認定を受けている場合のみ記入してください。				
保 護 者	現住所	鮫川村大字 赤坂中野 字 新宿 39 番地 5			電 話	(自宅) 0247-49-3111
	氏 名	フリガナ サメガワ ユウキ 鮫川 有機				(父携帯) 080-1188-1188 (母携帯) 080-1122-1122
保育希望の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有	保護者の就労等の事由（裏面の③に該当）により、認定こども園・保育園の利用を希望する。 ※2号認定・3号認定の要件に該当する場合			
		<input type="checkbox"/> 無	認定こども園（教育部分）・幼稚園の利用を希望する。※1号認定の要件に該当する場合			
区 分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	就労先又は学校名等	個人番号 備考
	鮫川 有機	父	昭 ^平 ・令 2年 5月 10日	男	(株)子育て企業	123451234512
	鮫川 美子	母	昭 ^平 ・令 3年 10月 10日	女	(有)安心食材	987654321012
	鮫川 未来	姉	昭 ^平 ・令 20年 1月 3日	女	鮫川小学校	596308431192
	鮫川 一郎	祖父	昭 ^平 ・令 40年 8月 11日	男	(株)平成畜産	111333555777
	鮫川 春美	祖母	昭 ^平 ・令 41年 11月 8日	女	(株)昭和林業	222444666888
			昭・平・令 年 月 日			
			昭・平・令 年 月 日			
家 庭 の 状 況	生活保護適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有 (年 月 日保護開始)				
	ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有				
	在宅障害者(児)の有無	<input type="checkbox"/> 適用無 <input checked="" type="checkbox"/> 適用有 (<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳) (氏名 鮫川 一郎) ※有の場合は写しを添付してください。				

12桁のマイナンバー
を記載してください。

① 利用を希望する期間及び施設

利用を希望する期間	令和 7 年 4 月 1 日 ~ 令和 8 年 3 月 31 日	
利用を希望する施設	<input checked="" type="checkbox"/> さめがわこどもセンター	利用期間は年度末までの期間になります。
	<input type="checkbox"/> 他市町村の施設	
	第1希望施設名： _____ 理由 _____ 第2希望施設名： _____ 理由 _____	

② さめがわこどもセンターの利用

項 目	1号認定	2号認定・3号認定
利用する曜日	<input type="checkbox"/> 平日(月曜日～金曜日) <input type="checkbox"/> 土曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 平日(月曜日～金曜日) <input checked="" type="checkbox"/> 土曜日
利用する時間	午前 時 分～午後 時 分	午前 7 時 00 分～午後 6 時 00 分
延長保育利用	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	
預かり保育利用	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	
幼児送迎バス利用	<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する (乗降希望地： 自宅前)	

※1号認定は、保育の利用を必要とする事由がない保護者が該当します。

※2号認定・3号認定は、就労等の事由により、保育の利用を希望する保護者が該当します。

③ 保育の利用を必要とする事由(2号認定・3号認定を受ける保護者は、記入してください。)

保育の利用を必要とする事由	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・看護 <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 (_____)
	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・看護 <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 (_____)

※事由により、証明書等の添付が必要です。

----- [ここから下欄は記入する必要はありません] -----

* 村記載欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	記 載 不 要	
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
入園 備		
*施設		
施設		
入所		
備 考		