

(表)

施設型給付費
 特例施設型給付費
 地域型保育給付費
 特例地域型保育給付費
 教育・保育給付認定申請書

年 月 日

三島市長 あて

次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名					
	個人番号					
	居住地	〒 電話番号				
子ども	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名					
	個人番号		続柄		障害者手帳の有無	有・無
保育の希望の有無	有	保護者の労働、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(幼稚園等との併願の場合を含む。)				
	無	幼稚園等の利用を希望する(保育所等との併願の場合を除く。)				

(注) 「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、「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

認定希望日の属する年の1月1日現在の居住地	母	<input type="checkbox"/> 三島市 <input type="checkbox"/> 三島市以外 (都道府県 市区町村)	父	<input type="checkbox"/> 三島市 <input type="checkbox"/> 三島市以外 (都道府県 市区町村)
認定希望日の属する年の前年の1月1日現在の居住地	母	<input type="checkbox"/> 三島市 <input type="checkbox"/> 三島市以外 (都道府県 市区町村)	父	<input type="checkbox"/> 三島市 <input type="checkbox"/> 三島市以外 (都道府県 市区町村)

	フリガナ	個人番号	続柄	生年月日	性別	職業、学校名等	前年度分(今年度分)の市町村民税の課税の有無	備考
	氏名							
子どもの世帯員				年 月 日	男・女		有・無	
				年 月 日	男・女		有・無	
				年 月 日	男・女		有・無	
				年 月 日	男・女		有・無	
				年 月 日	男・女		有・無	

生活保護の受給の有無	無・有 (年 月 日保護開始)
------------	------------------

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外
-------	--

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する曜日及び時間	月・火・水・木・金・土・日	時 分から 時 分まで
利用を希望する施設(事業者)の名称等	施設(事業者)名称	希 望 理 由
	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

	続柄	母	父
保育の 利用	勤務先		
	勤務先 所在地		
	就労日数 ・時間	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間 <input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間 <input type="checkbox"/> 月
	通勤手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()
	通勤時間	往復約 分	往復約 分
	前年の1月1日 以後の転職の 有無	無・有 ①勤務先 年 月 日から 就労期間 年 月 日まで ②勤務先 年 月 日から 就労期間 年 月 日まで	無・有 ①勤務先 年 月 日から 就労期間 年 月 日まで ②勤務先 年 月 日から 就労期間 年 月 日まで
を	妊娠・出産	妊娠の有無 出産予定日 年 月 日	
必	疾病・障害等	傷病・障害名	
		障害者手帳 の有無	無・有
要 と	介護・看護	被介護者 氏名	子どもとの続柄 ()
		傷病・障害名	
		受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所 (週 回) 施設名 ()
す	災害復旧	災害の状況	
	求職活動等	活動の内容	
る 事	就学	通学手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 ()
		通学時間	往復約 分
		目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()
		期間	年 月 日から 年 月 日まで
由	その他保育を行うことが 困難と認められる事由		

(注)

- 「前年の1月1日以後の転職の有無」の欄が「有」の場合にあつては、「勤務先」及び「就労期間」を記載してください。
- 「妊娠の有無」の欄が「有」の場合にあつては、「出産予定日」を記載してください。

支給認定証の交付の希望の有無	無・有
----------------	-----

この申請に関して市が次の事務を行うことに同意します。

- 施設型給付費・特例施設型給付費・地域型保育給付費・特例地域型保育給付費の教育・保育給付認定（以下「認定」という。）を行うために必要な市民税に関する情報（同一世帯員のものを含む。）及び世帯員の情報を閲覧し、並びにこれらの情報に基づき決定した利用者負担額を、特定教育・保育施設又は特定地域型保育事業者に対して提供すること。
- 申請書及び添付書類の記載内容等において教育・保育の提供に当たって必要と認められる情報を、特定教育・保育施設又は特定地域型保育事業者に対して提供すること。
- 子ども・子育て支援法第27条第5項、第28条第4項、第29条第5項及び第30条第4項の規定により、施設型給付費・特例施設型給付費・地域型保育給付費・特例地域型保育給付費を、認定を受けた保護者に代わり、特定教育・保育施設又は特定地域型保育事業者に支払うこと。
- 新年度の4月からの利用を希望する場合には、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、子ども・子育て支援法第20条第6項の規定により、認定に関する決定を延期すること。
- 申請内容が事実と相違した場合には、認定を取り消すこと。

保護者氏名