

令和6年度子ども・子育て支援施設型給付費等教育・保育給付認定申請書

(施設利用申請書兼児童台帳)

0歳・1歳・2歳・3歳・4歳・5歳	在・新		
1.新規	2.継続	3.変更	4.再交付

小郡市長様		申請(申込)日 年 月 日	
次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。 また、保育所等(保育部分)入所希望の場合は、施設利用もあわせて申請します。保護者氏名 _____ (幼稚園(幼稚園部分)については、直接施設へ申請してください。)			
利用を希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号(教育) (幼稚園名: _____)	<input type="checkbox"/> 2号(保育3歳以上児) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 3号(保育3歳未満児) <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間
ふりがな		年 月 日生	保護者との続柄
児童氏名		現在の保育状況	1 保育所 4 他人預 2 幼稚園 5 自宅 3 親戚預 6 その他()
現住所	小郡市		電話番号
令和5年1月1日の住所	現住所と同じ		自宅
令和6年1月1日の住所	現住所と同じ		の携帯
認定者番号	既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。		の携帯

①世帯の状況(児童本人を含めすべての同一世帯員及び同居人を記入ください。)

世帯員の状況	ふりがな 氏名	児童との続柄	生年月日	同居・別居	勤務先・就学先等 (児童は学校・保育所等)	備考 (職場等の連絡先)	障がい等の有無
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	同・別			

生活保護の状況 適用無し 適用あり(年 月 日保護開始)

②税情報等の提供に当たっての署名欄

1)小郡市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者及び同居者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費徴収の有無について、特定教育・保育施設等に提示することに同意します。

2)必要に応じて関係部署・関係機関に児童や同居世帯の状況等の個人情報を提供することに同意します。

3)年度当初(4月)の利用に向けた認定事務が集中する時期については、審査結果(認定証交付)が令和6年3月以降になることを了承します。

保護者氏名 _____

③保育の利用を必要とする理由等(1号認定の幼稚園(教育)を希望される方は、記入不要です。)

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する時間	時 分(登園) から 時 分(お迎え) まで	
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()	
就労等(就学)時間	時 分 から 時 分 まで	通勤等(通学)時間 (往復) 時間 分
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他()	
就労等(就学)時間	時 分 から 時 分 まで	通勤等(通学)時間 (往復) 時間 分
育児休業明け	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(年 月 日復帰予定)	
生計中心者の失業	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(離職日: 年 月 日)	
入所を希望する保育所(園)等名	第1	第4
	第2	第5
	第3	第6

のりしろ

※市記載欄

徴収金階層認定調査							利用者負担額変更及びその理由	
課税状況調	児童との続柄	氏名	令和5年度分市町村民税		令和6年度分市町村民税		均等割	所得割
			均等割	所得割	均等割	所得割		
	父							
母								
計								
階層区分の認定								
利用者負担額			円		円		円	

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	 年 月 日送付	□1号 □2号 □3号 (□標準 □短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(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"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)] <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所(園) <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)を経由して市町村に提出する場合)

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