

**施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定（新規・変更）申請書
（施設利用申込書）**

申請者（保護者）氏名： ⑩

小松島市長 殿

次のとおり、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。 年 月 日

申請に係る小学校 就学前子ども	(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
		年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(現住所)			
	(前年1月1日時点の住民票所在地) 注) 現住所と同じ場合は記入不要			
	(今年1月1日時点の住民票所在地) 注) 現住所と同じ場合は記入不要			
	(連絡先) 自宅： 父(携帯)： 母(携帯)：			
保育の希望の有無(※)	有	保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園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）		

※：「有」の場合は①～⑤に、「無」の場合は①②④⑤に必要な事項を記入してください。

①世帯の状況 ※住民票上、別世帯でも同一敷地内に住む祖父母等も記載してください。

区分	(フリガナ) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	同居・別居	職 業 又は 学校名等
児童の世帯員		父	年 月 日生	男・女	同・別	
		母	年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	
			年 月 日生	男・女	同・別	

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日 から □就学前まで □その他（ 年 月 日 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	居宅地からの距離	※事業所番号
	第1希望 (希望理由)	km	
	第2希望 (希望理由)	km	
	第3希望 (希望理由)	km	
	第4希望 (希望理由)	km	

●文字は楷書ではっきりと書いてください。

裏面に続きます

③保育の利用を必要とする理由等

※ 保護者の労働又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	必要とする理由	
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 ()	
		※就労が理由の方は下記を記入してください。 就労日数 : 1か月 日 就労時間 : 時 分 ~ 時 分	
	母	<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・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 ()	
※就労が理由の方は下記を記入してください。 就労日数 : 1か月 日 就労時間 : 時 分 ~ 時 分			
希望する利用時間	曜日 から 曜日 まで	時 分 から 時 分 まで	

④家庭の状況 ※保育料に関わる大切な内容ですので、記入漏れの無いように記入してください。

ひとり親	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外	
	ひとり親の場合：離婚 (年 月 日) ・ 死別 ・ 未婚 ・ その他 () 別居 (年 月 日頃から 【調停 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】)	
在宅障がい児(者) ※同居する者に限る	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持 (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持 (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持 (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給 (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 障害基礎年金を受給 (氏名： 続柄：)	
生活保護	<input type="checkbox"/> 適用なし ・ <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)	

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

小松島市が施設型給付費・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)及び世帯情報等を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。

保護者氏名： _____ (印)

※別紙「個人番号記載用紙」に、保護者、子どもを含む世帯員の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

※小松島市記載欄(記入しないでください。)

備考	受付	入力	確認
添付書類			
1月1日に小松島市に住民票がない場合	所得・課税証明書	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母
ひとり親世帯	児扶手証書 または 戸籍謄本		
在宅障がい児(者)	身体・療育・精神・特児証書・年金証書		
妊娠・出産	母子手帳表紙および出産予定日がわかるページ		
看護・介護・病気	診断書・介護認定証・その他		

受付印

