様式第1号(第3条関係)

年　　月　　日

# 給付認定申請書兼施設利用申込書(現況届)

(　申請　・　現況届)

受　付

【申請にあたって同意していただく事項】
1. この申請は、施設型利用給付・地域型保育給付・施設等利用給付等に係る認定及び、教育・保育施設への入所を希望する方が行うものです。申請にあたっては、利用申込案内を確認のうえ申請してください。
2. 支給要件の確認や利用者負担額の決定等のため、住民基本台帳・課税台帳等の関係公簿を閲覧することがあります。
3. 申請書等に記載した内容は、施設型利用給付・地域型保育給付・施設等利用給付等の支給に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
4. 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。
5. 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第７条第１０項第４号ハの政令で定める施設（企業主導型保育事業）の利用がある場合は、施設等利用給付認定の申請はできません。

以上のことに同意し、子どものための教育・保育給付（子育てのための施設等利用給付）の認定を申請します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保護者 | フリガナ | | 続柄 | | 居住地 | 〒　－<br>芸西村 |
| | 氏名 | 印<br>※自署の場合、印鑑は省略可能です | | | 部落名 | |
| | | | | | 現住所が村外の場合、転入前の住所 | 〒　－ |
| | 日中の連絡先（電話番号）＊確実に連絡の取れる順に記入して下さい。 | | | | 生年月日 | |
| | ① | 父携帯　・　母携帯<br>父勤務先　・　母勤務先<br>自宅・その他（　　） | ② | 父携帯　・　母携帯<br>父勤務先　・　母勤務先<br>自宅・その他（　　） | 個人番号<br>(マイナンバー) | |
| 申請する子ども | フリガナ | | 子どもの年齢 | 4/1時点の年齢<br>歳 | 子どもの性別 | |
| | 氏名 | | | | 個人番号<br>(マイナンバー) | |
| | | | | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | | | | | 申請者と異なる場合の住所 | |

申請する認定区分

- □ 幼稚園等での教育を希望する。(1号認定) ➡ 表面のみ記入してください。
- □ 保育所等での保育を希望する。(2号・3号認定) ➡ **表面・裏面とも**記入してください。
- □ 幼稚園の特別保育等を希望する。(新2号・新3号認定) ➡ **裏面も**記入してください。
- □ 上記以外を希望する。(新1号認定) ➡ 表面のみ記入してください。

| 希望する施設名 | | 希望する期間 | 年　月　日 ～　年　月　日まで |
|---|---|---|---|

該当する場合はご記入ください。

| 世帯の状況 | □ 多子世帯 | □ ひとり親世帯 | □ 障害者等同居世帯 | □ 生活保護世帯 |
|---|---|---|---|---|
| | 3人以上の子どもを扶養している世帯。 | 事実婚等の場合は対象となりません。 | 身体障害者手帳・養育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害年金等の交付を受けている方や特別児童扶養手当の支給対象児がいる世帯。 | 年　月から受給中 |

| 子どものアレルギーや特性等 | □ 無し<br>□ 有り | 具体的な内容について |
|---|---|---|

同居者を全員記入して下さい。

| | フリガナ<br>氏名 | 申請子どもとの続柄 | 生年月日 | 職場または学校等<br>(R9.4.1現在) | 要介護認定又は障害者手帳 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 個人番号<br>昭和 平成 令和　年　月　日 | | □有 |
| 2 | | | 個人番号<br>昭和 平成 令和　年　月　日 | | □有 |
| 3 | | | 個人番号<br>昭和 平成 令和　年　月　日 | | □有 |
| 4 | | | 個人番号<br>昭和 平成 令和　年　月　日 | | □有 |
| 5 | | | 個人番号<br>昭和 平成 令和　年　月　日 | | □有 |

**＜保育(幼稚園の特別保育等を含む)を希望する方は、必ず裏面も記入して下さい＞**

保育(特別保育)を利用する時間等を記入してください。

| | | 利用希望開始日 | | |
|---|---|---|---|---|
| 保育所 | 保育利用 | 年　月　日 | 平日 | 時　分 ～ 時　分 まで |
| | | | 土曜日 | □ 利用する　時　分 ～ 時　分 まで |
| 幼稚園 | 特別保育 | 年　月　日 | 早朝保育 | □ 7時30分 ～ 8時30分 |
| | | | 預り保育 | □ 14時 ～ 時　分まで ※保育の必要な時間のみ記入して下さい。 |
| | 長期休暇 | 年　月　日 | □ 春休み (R9.4.1 ～ R9.4.6) | □ 夏休み (R9.7.21 ～ R9.8.31) □ 冬休み (R9.12.27 ～ R10.1.7) □ 春休み (R10.3.25 ～ R10.3.31) |
| | 土曜日 | 年　月　日 | □ 全ての土曜日を利用する | □ 特定の土曜日のみ利用する |

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入して下さい。
※認可保育所を希望せずに上記の施設や事業を利用したい場合は、理由書が必要となります。

| 施設名 | 利用するサービスの種類 | 所在地 | 利用開始予定日 |
|---|---|---|---|
| | 認可外 ・ 一時預かり<br>病児保育<br>子育て援助活動 | 〒　－<br>TEL:　－　－ | 年　月　日 |

保育を必要とする理由を記入して下さい。※理由に応じて、必要な書類を添付してください。

| | | 母親の状況 | 父親の状況 |
|---|---|---|---|
| 就労 | 就労種別 | □ 居宅外労働<br>□ 自営 ⇒ □ 自宅 □ 自宅以外<br>□ 内職 □ その他：（　） | □ 居宅外労働<br>□ 自営 ⇒ □ 自宅 □ 自宅以外<br>□ 内職 □ その他：（　） |
| | 通勤時間 | 通勤時間 約　分（往復時間を記入して下さい。） | 通勤時間 約　分（往復時間を記入して下さい。） |
| 妊娠・出産 | | □ 有 ⇒（予定日）　年　月　日 | |
| 育児休暇(予定含) | | 年　月　日～ 年　月　日 | 年　月　日～ 年　月　日 |
| 疾病・障害等 | | (疾病・障害名)　(手帳交付) □ 有 □ 無 | (疾病・障害名)　(手帳交付) □ 有 □ 無 |
| 介護・看 | 被介護者名 | (申請子どもとの続柄：　) | (申請子どもとの続柄：　) |
| | 傷病・障害名 | | |
| | 受診等の状況 | □入院中 □通所・通院(月・週　回) | □入院中 □通所・通院(月・週　回) |
| 災害復旧 | | 災害の状況： | 災害の状況： |
| 求職活動等 | | 活動の内容： | 活動の内容： |
| 就学 | 通学時間 | 通学時間 約　分（往復時間を記入して下さい。） | 通学時間 約　分（往復時間を記入して下さい。） |
| | 期間 | 年　月　日～ 年　月　日 | 年　月　日～ 年　月　日 |
| その他 | | 保育を行うことが困難と認められる内容 | 保育を行うことが困難と認められる内容 |
| 父方祖父母の状況 | | □ 同居 □ 別居 □ 不在<br>住所 ※同居の場合は記載不要<br>氏名　年齢　歳<br>職業　有（　）・無<br>就労時間 (平日)<br>(土曜日) | □ 同居 □ 別居 □ 不在<br>住所 ※同居の場合は記載不要<br>氏名　年齢　歳<br>職業　有（　）・無<br>就労時間 (平日)<br>(土曜日) |
| 母方祖父母の状況 | | □ 同居 □ 別居 □ 不在<br>住所 ※同居の場合は記載不要<br>氏名　年齢　歳<br>職業　有（　）・無<br>就労時間 (平日)<br>(土曜日) | □ 同居 □ 別居 □ 不在<br>住所 ※同居の場合は記載不要<br>氏名　年齢　歳<br>職業　有（　）・無<br>就労時間 (平日)<br>(土曜日) |

| | |
|---|---|
| 保育が利用できなかった場合 | □ 父・母・祖父母、その他（　）が自宅保育。 □ 育児休暇を延長する。<br>□ 希望以外の保育施設等に預ける。□ 職場で保育をする。 □ その他（　） |

| 芸西村記入欄 | 保育の実施の要否 | 保育の実施期間 | 認定区分 |
|---|---|---|---|
| | □ 要 ・ □ 否<br>(理由) | 自<br>至<br>入所施設 | □１号<br>□２号 (□短時間 □標準時間)<br>□３号 (□短時間 □標準時間) |
| | 承諾日 | | □新１号 □新２号 □新３号 |