

令和7年度 施設型給付・地域型給付費等 教育・保育給付認定現況届 兼 利用申込書

大任町長 殿

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費等に係る教育・保育給付認定現況届を提出します。また町が施設型給付費・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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、そのために、番号法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律)第14条に基づき、マイナンバーを利用すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。
また、保育所等の施設利用もあわせて申請します。

教育保育給付認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 (教育標準時間)認定	<input type="checkbox"/> 2号(満3歳以上・保育)認定 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 3号(満3歳未満・保育)認定 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間				
申請に係る 小学校就学前 子ども	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年齢 (R7.4.1時点)	性別	障がいの有無	障害手帳の有無	特別児童 扶養手当
		年 月 日生		男・女	有・無	有・無	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 大任町 大字今任原 大字大行事				(連絡先)		
					① ()	② ()	
現在の利用施設							

①世帯の状況 ※両親(父及び母)の一方が単身赴任等で別居の場合であっても必ず記載してください。

区分	氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先 就学先	同居 別居	住所(別居の場合)
(上記の 入所児童の 申請児童の 家族以外)			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	
			年 月 日生	男・女		同・別	
家庭の状況	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生活保護適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	在宅障がい者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

②希望施設(事業者)名、利用を希望する期間・曜日・時間

利用を希望する施設 (事業者)等名 ※見学済欄は保育所変更希望の方は <input checked="" type="checkbox"/> してください。	施設名	第1希望	※見学済 <input type="checkbox"/> (理由)
		第2希望	※見学済 <input type="checkbox"/> (理由)
		第3希望	※見学済 <input type="checkbox"/> (理由)
利用希望期間	R 年 月 日 から R 年 月 日 まで		
利用希望時間	希望曜日	月 火 水 木 金 土	希望時間 標準時間 ・ 短時間

③保育の利用を必要とする事由(1号(教育)認定の方は記入不要)

保育の利用を 必要とする理 由	続柄	必 要 と す る 理 由
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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()
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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()

※市町村記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

認定の可否	認定区分等
可 否 (否の理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所の可否	入所施設(事業者)名
可 否 (否の理由)	

市町村受付印

窓口対応者

令和7年度 施設型給付・地域型給付費等 教育・保育給付認定現況届 兼 利用申込書

大任町長 殿

保護者氏名 **大任 町男**

次のとおり、施設型給付費等に係る教育・保育給付認定現況届を提出します。また町が施設型給付費・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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、そのために、番号法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律)第14条に基づき、マイナンバーを利用すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。
また、保育所等の施設利用もあわせて申請します。

支給認定区分	<input type="checkbox"/> 1号(教育標準時間)認定	<input checked="" type="checkbox"/> 2号(満3歳以上・保育)認定 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間	<input type="checkbox"/> 3号(満3歳未満・保育)認定 <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間				
申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 オオトウ タロウ 大任 太郎	生年月日 R1年 10月 18日生	年齢 (R7.4.1時点) 5	性別 男 ・女	障がいの有無 有・ 無	障害手帳の有無 有・ 無	特別児童 扶養手当 有・ 無
保護者 住所・連絡先	(住所) 大任町 大字今任原 大字大行事 3067番地			(連絡先) ① 0947-63-3004 (自宅) ② 090-6300-3004 (母)			
現在の利用施設	0000 保育園			現在、利用している施設を記入 必ず2か所記入			

①世帯の状況 ※住民票世帯員だけでなく、利用希望子ども以外の同居者全員を記入してください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先 就学先	同居 別居	住所(別居の場合)
(上記の申請児童の家族以外)	大任 町男	父	S60年 5月 18日生	男 ・女	(有)0000	同 別	〇△市〇〇7603番地
	大任 花子	母	H2年 3月 20日生	男 女	なし	同 別	
	大任 町美	姉	H27年 10月 30日生	男 女	〇△小学校	同 別	
			年 月 日生	男・女		同・別	
			年 月 日生	男・女		同・別	
希望する施設を記入			年 月 日生	男・女		同・別	
家庭の状況	ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生活保護適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	在宅障がい者	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

②希望施設(事業者)名、利用を希望する期間・曜日・時間

利用を希望する施設(事業者)等名 ※見学済欄は保育所変更希望の方は <input checked="" type="checkbox"/> してください。	施設名	第1希望 △△△△保育園	※見学済 <input type="checkbox"/> (理由) 継続利用のため
		第2希望 〇〇〇保育所	※見学済 <input checked="" type="checkbox"/> (理由) 自宅から近いため
		第3希望	※見学済 <input type="checkbox"/> (理由)
利用希望期間	R7年 4月 1日 から R8年 3月 31日		
利用希望時間	希望曜日	月 火 水 木 金 土	希望時間 標準時間 ・ 短時間

③保育の利用を必要とする事由(1号(教育)認定の方は記入不要)

事由	続柄	必要とする理由
保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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 type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()

※市町村記載欄

受付年月日 令和 年 月 日

認定の可否	認定区分等
可 否 (否の理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所の可否	入所施設(事業者)名
可 否 (否の理由)	

市町村受付印

窓口対応者
