

新規申請用

年 月 日

令和8年度 施設型給付・地域型給付費等 教育・保育給付認定申請書 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・保育給付認定を申請します。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、マイナンバーを取得し利用すること、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。

申込み内容が事実と相違するとき、及び提出書類に不備があるときは無効とされても異議ありません。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	年 齢 (R8.4.1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 ( )		
令和7年1月1日時点の住所	1.大任町 2. ( )市・町・村						
令和8年1月1日時点の住所	1.大任町 2. ( )市・町・村						
支給認定証の交付の希望	<input type="checkbox"/> 交付を希望します。						

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認定を受けようとする区分、利用を希望する期間、希望施設(事業者)名

利用を希望する施設(事業者)等名	認定区分 (保育の希望 無) <input type="checkbox"/> 1号	施設名	
	認定区分 (保育の希望 有) <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	施設名	第1希望 見学 <input type="checkbox"/> (理由)
			第2希望 見学 <input type="checkbox"/> (理由)
			第3希望 見学 <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
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

市町村受付印

窓口対応者  
(マイナンバー確認者)

担当者

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)	

新規申請用

記入例

令和〇 年 〇 月 〇 日

## 令和8年度 施設型給付・地域型給付費等 教育・保育給付認定申請書 兼 利用申込書

大任町長 殿

家計の主宰者  
又は世帯主

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・保育給付認定を申請します。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、マイナンバーを取得し利用すること、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。

申込み内容が事実と相違するとき、及び提出書類に不備があるときは無効とされても異議ありません。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	年 齢 (R8.4.1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
	オオトウ タロウ 大任 太郎	H30年 10月 18日生	5	男・女	有・無	有・無	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所)	(連絡先)					
	大字今任原 大任町 大字大行事 3067番地	① 090-6003-3004 (母) ② 090-6300-3000 (父)					
令和7年1月1日時点の住所		1.大任町 ② ( 〇△□ ) 市・町・村					
令和8年1月1日時点の住所		①.大任町 2. ( ) 市・町・村					
支給認定証の交付の希望		□交付を希望します。					

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 就学前	同居 別居	住所(別居の場合)
(上記の 入所児童の家族 以外)	大任 町男	父	S60年 5月 18日生	男・女	(有)〇〇〇〇	同・別	〇△市□□3067番地
	大任 花子	母	H2年 3月 20日生	男・女	××施設	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	
			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認定を受けようとする区分、利用を希望する施設(事業者)等名

利用を希望する施設 (事業者)等名	認定区分 (保育の希望 無)	□ 1号	施設名	見学	希望する施設への 見学を行ってください
	認定区分 (保育の希望 有)	□ 2号	第1希望 △△△△保育園	見学 <input checked="" type="checkbox"/>	(理由) 自宅から近いため
		□ 3号	第2希望 ○○○保育所	見学 <input checked="" type="checkbox"/>	(理由) 職場から近いため
			第3希望 □□□保育園	見学 <input checked="" type="checkbox"/>	(理由) 保育方針が好きのため
利用希望期間	R8年 4月 1日 から R9年 3月 31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	
保育の利用を必要とする理由	続柄	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 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( )			

## ※市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	市町村受付印	窓口対応者 (マイナンバー確認者)
認定の可否	認定区分等		
可 否 (否の理由)	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)		
入所の可否	入所施設(事業者)名		
可 否 (否の理由)		担当者	