

(2・3号認定用)

新規

受付印

教育・保育給付認定申請書兼

保育所(園)・認定こども園・地域型保育入所申込書

No.

納・口

筑後市長 様(施設長 様)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請し、入所を申し込みます。
また、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(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧し、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。

なお、認定申請にあたって、4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため、審査に時間を要することから、結果は利用調整の結果とともに2月以降になることに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 印 保護者氏名 印

Table with 5 columns: 利用を希望する認定区分, 2号(保育・3歳以上児) options, 3号(保育・3歳未満児) options, 1号認定併願の有無, 無/有/2号優先 options.

Table with 4 columns: 児童 (Name, Gender, Birth Date, Disability Status), 住所, 別居の父母, 平成31年1月1日現在の住所 (Father/Mother), 令和2年1月1日現在の住所 (Father/Mother).

① 利用を希望する施設(事業者)名、利用を希望する期間

Table with 3 columns: 利用を希望する施設名 (1st, 2nd, 3rd preference), 施設(事業者)名, 保育を必要とする理由 (Father/Mother reasons), 利用を希望する期間.

② 世帯の状況(世帯分離等を含め、同居している人全員を記入してください。)

※児童の父母が別居している場合(離婚している場合を除く)も、父母欄には記入をしてください。

※別居していても「生計が同一の子ども」がいる場合は、その子どもも記入してください。(例: 離れて暮らす高校生や大学生など)

Table with 8 columns: 区分, 氏名, 児童との続柄, 生年月日, 性別, 携帯電話番号, 勤務先又は学校名等, 備考.

生活保護適用の有無: □適用無し □適用有り(年 月 日保護開始)

同居する障害者の有無: □無 □有(氏名: 手帳番号: 等級:)

<市町村記入欄>

.....

※市記載欄

入所の可否		認定番号		入所期間				
<input type="checkbox"/> 可 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 否 (理由)				自 年 月 日 至 年 月 日 → 年 月 日 → 年 月 日 → 年 月 日				
入所施設(事業者)名				入所施設(事業者)類型				
				<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育 (<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 事 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居) <input type="checkbox"/> 認定こども園 (<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地) <input type="checkbox"/> その他				
年度市民税額	父:	円	母:	円	:	円	合計	円
年度市民税額	父:	円	母:	円	:	円	合計	円
期間	認定区分等		階層	算定児童	保 育 料		特記事項	
月 ~	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)		階層	第1子・第2子・ 第3子・第4子~	円		ひとり親・ 障害・生保	
月 ~	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)		階層	第1子・第2子・ 第3子・第4子~	円		ひとり親・ 障害・生保	
月 ~	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)		階層	第1子・第2子・ 第3子・第4子~	円		ひとり親・ 障害・生保	
月 ~	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)		階層	第1子・第2子・ 第3子・第4子~	円		ひとり親・ 障害・生保	
月 ~	<input type="checkbox"/> 2号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間) <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)		階層	第1子・第2子・ 第3子・第4子~	円		ひとり親・ 障害・生保	
備 考								
処 理	① /	② /	③ /	④ /	⑤ /			

.....

※施設記載欄 (施設(事業者)を経由して市に提出する場合など)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	
担当者氏名連絡先	(担当者) (連絡先)
備考(市への連絡事項等)	