

施設型給付費等教育・保育給付認定申請書兼施設等利用申込書

年 月 日

遠野健康福祉の里所長 様

保護者氏名 _____ ㊞

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び施設等の利用を申込みます。

認定を受ける子ども	ふりがな		保護者との続柄	生年月日 (性別)		保育の希望の有無 (※2)	身体障害者手帳等 該当の有無	
	氏 名			年 月 日 (男・女)			有・無	1. 身体障害者手帳 2. 療育手帳 3. 精神障害者保健福祉手帳 4. 特別児童扶養手当受給 5. 障害基礎年金受給
	個 人 番 号							
	教育・保育給付認定番号(※1)							
保護者住所・連絡先	現 住 所	〒 _____						
	_____年1月1日 現在の住所	現在と 同・別 (_____) 月 日 転入						
	_____年1月1日 現在の住所	現在と 同・別 (_____) 月 日 転入						
	連 絡 先	自 宅 : _____						
		携 帯 電 話 1 : _____ (父・母・祖父母・その他 _____)						
	携 帯 電 話 2 : _____ (父・母・祖父母・その他 _____)							

※1 教育・保育給付認定番号は、すでに教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。

※2 「有」の場合の利用施設は、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育又は事業所内保育となります。「無」の場合の利用施設は、幼稚園又は認定こども園（教育部分）となります。

1 世帯の状況（認定を受ける子ども以外の同居の方全員の氏名等を記入してください。）

区分	ふりがな	子どもとの続柄	生年月日 (性別)		障がい の有無	居住の 状態	職業 (勤務先等)	承諾印 (※3)	備考
	氏 名		個人番号						
児 童 の 世 帯 員			年 月 日(男・女)		有・無	同居・別居			
			年 月 日(男・女)		有・無	同居・別居			
			年 月 日(男・女)		有・無	同居・別居			
			年 月 日(男・女)		有・無	同居・別居			
		年 月 日(男・女)		有・無	同居・別居				

※3 遠野市が、施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付に必要な市町村民税の情報（同一世帯の全員を含みます。）を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した保育料について、特定教育・保育施設等に対して提示することについての承諾です。

2 教育・保育を希望する期間、希望する施設（事業者）名

保育が必要な期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
保育を希望する施設名	施設名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
		市記載欄
		新規・継続・転園

3 保育の利用を必要とする理由等（保育の希望が無い場合は、記入不要です。）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況	
	<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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中の子どもがいる <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 妊娠・出産が理由の方は、その他に出産予定日を記入してください。			勤務地
			就労時間	: ~ :
			日数	一か月当たり 日
<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・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> 育児休業中で保育利用中の子どもがいる <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 妊娠・出産が理由の方は、その他に出産予定日を記入してください。			勤務地	
			就労時間	: ~ :
			日数	一か月当たり 日
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯（婚姻歴 有 無 ） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ 年 月 日から）			
保育が必要な曜日等	保育が必要な曜日（※4）		保育が必要な時間	
	月・火・水・木・金・土		: ~ :	

※4 保育が必要な曜日を○で囲んでください。
必要書類として、保育を必要とする理由の証明書類を添付してください。

----- 【記入はここまで】 -----

*施設記入欄（施設又は事業者を経由して市に提出する場合）

受付年月日	施設名又は事業者名	
	入所契約 (内定の有無)	有 (年 月 日 内定) ・ 無
	備考	

*市記入欄

受付年月日	認可の可否	
	可・否 (年 月 日 認定)	(否とする理由)
	教育・保育給付認定証番号	認定区分
		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間)
施設名	支給（入所）の可否	
支給期間	自： 年 月 日 至： 年 月 日	可・否 (否とする理由)