様式１（第３条関係）

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

令和　　年　　月　　日　　（保護者氏名）

東郷町長　殿

申請に係る小学校就学前子ども	氏　　名	生年月日 マイナンバー	性別	障害者手帳の有無
	（ふりがな）	平・令　年　月　日	男・女	有・無
保護者住所・連絡先	（住所）東郷町 （連絡先：自宅・携帯【父・母・その他】）　（　　）　　－			
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の有無（※）	有　：保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む）			
	無　：幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）			

（※）
・「保育所等」とは、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、事業所内保育をいいます。（以下同じ）
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏　　名	子どもとの続柄	生年月日 マイナンバー（父母のみ）	性別	職業又は学校名	前年度分（当年度分）市町村民税課税の有無	備考
子どもの世帯員		父		男・女		有・無	
		母		男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
				男・女		有・無	
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り　（　　保護開始）						

②利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用希望期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名	事業所番号
	第１希望	

○　字は楷書ではっきりと書いてください。

○　一斉申込時の支給認定申請に伴う認定結果は、次年度４月の入所に向けた認定事務が集中するために審査を要することから、審査結果は２月頃にお知らせします。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

	続柄	必要とする理由	勤務先から園までの所要時間
保育の利用を必要とする理由	父	□就労　□妊娠･出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□育児休業　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など））	時間　分
	母	□就労　□妊娠･出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□育児休業　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など））	時間　分
		□就労　□妊娠･出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□育児休業　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など））	時間　分
		□就労　□妊娠･出産　□疾病･障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□育児休業　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など））	時間　分
家庭の状況	□ひとり親家庭　・　□左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	時　分から　時　分まで	

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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、また、番号法第9条及び別表第一により個人番号の記載が必要となるため、当該申請の必要な範囲において自治体による個人番号の取得・記載に同意します。

保護者氏名

※ 世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が東郷町ではない世帯員の有無　（ □有 ・ □無 ）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

＊市町村記載欄

受付年月日	年　月　日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 （否とする理由） 年　月　日　認定		□１号　□２号　□３号 （□標　□短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可・否 （否とする理由） 〔□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型〕		
入所施設（事業者）名		
□認定こども園（□連　□幼（□幼　□保）　□保（□保　□幼）　□地（□幼　□保）） □幼稚園　□保育所　□地域型（□小　□家　□居　□事）		
備　考	マイナンバー確認 □通知カード・□個人番号カード・□住民票の写し（マイナンバーが記載） 本人確認 □運転免許証・□パスポート・□障害者手帳・□その他（　　） 上記書類がない場合、次のうち２点 □健康保険証・□年金手帳・□児童扶養手当証書・□その他（　　）	

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	年　月　日

施設（事業者）名	（事業所番号：　　）
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）
利用契約（内定）の有無	有（契約・内定　（　　年　月　日契約（内定））　・　無
備　考	