

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兼施設利用申込書

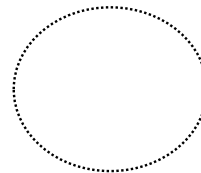
歳児	新規・継続・変更
----	----------

令和 年 月 日

(宛先)平群町長

(誓約及び同意書)

- 申請書類の内容が実態と異なる場合は、教育・保育給付認定又は保育園等の利用の決定を取り消されても異議ありません。
- 町が、教育・保育認定や保育料等の算定に必要な世帯情報及び市町村民税額等の情報(同一世帯を含む)を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。
- 町は、申請書類の記載内容について確認する必要がある場合、勤務先等に連絡して確認する場合があります。
- 保育料等を滞納した場合は、児童手当法第21条及び第22条の規定に基づき、私又は私の配偶者が支給を受ける児童手当より支払いに充てる旨を申し出るとともに、その他いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
- 町は、新規認定申請が集中するなど審査に時間を要する場合は、認定の結果は利用開始までに通知いたします。



受付

以上の各事項について誓約し、及び同意のうえ、次のとおり教育・保育給付認定申請及び施設利用申込します。

保護者 (同居の主たる 生計維持者)	現住所	平群町	電話番号 (優先的に使う連絡 先に◎を記入して ください。)	<input type="checkbox"/> 自宅	
	氏名			<input type="checkbox"/> 父携帯	
					<input type="checkbox"/> 母携帯

施設利用を希望する期間 (認定変更の際は変更を希望する期間)	令和 年 月 1日 から	<input type="checkbox"/> 就学前まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで
利用希望施設 (継続・変更の際は 利用中施設)	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

	児童との 続柄	氏名	性別	生年月日	勤務先/通学先等
申請 児童	本人	(フリガナ)	男 女	H R 年 月 日	
	父	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	男 女 T S H 年 月 日	
(父・ 母及び 同居の 世帯員 の 人 全 員)	母	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	男 女 T S H 年 月 日	
		(フリガナ)		男 女 T S H R 年 月 日	
		(フリガナ)		男 女 T S H R 年 月 日	
		(フリガナ)		男 女 T S H R 年 月 日	
		(フリガナ)		男 女 T S H R 年 月 日	
		(フリガナ)		男 女 T S H R 年 月 日	

教育・保育の 希望を選択	<input type="checkbox"/> 教育を希望 幼稚園、認定こども園(教育部分)を利用する方								
	<input type="checkbox"/> 保育を希望 保育所、認定こども園(保育部分)、地域型保育事業等を利用する方※保育利用の理由が必要です。								
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 ※両親がともに月120時間以上の就労など			<input type="checkbox"/> 保育短時間 ※両親の一人が月48時間以上120時間未満の就労など					
保育利用の理由 (※保育希望の方 のみ、証明書の添付要)	理由	父	母	理由	父	母	理由	父	母
	就労	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	疾病・障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労(自営業) 事業主及び協力者 (事業主の三親等以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護・看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				妊娠・出産	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不在(父・母)		
			求職活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	死亡・離婚・未婚・その他()			

就労・就学の方	通勤・通学 時間(往復)	(父)	時間	分	就労・就学時間	(父)	時	分から	時	分まで
就労・就学の方	通勤・通学 時間(往復)	(母)	時間	分	就労・就学時間	(母)	時	分から	時	分まで

現在、育児休業中でお申込みの方はいずれかに <input type="checkbox"/> チェックしてください。(保育希望で新規利用申込の方のみ記載)			
① <input type="checkbox"/>	ただちに復職を希望します。	② <input type="checkbox"/>	希望施設に入所できない場合は、 育児休業の延長も許容できます。

※②を選択の場合、入園選考の調整指数の減点対象となります。

■ 令和5年1月1日時点、令和6年1月1日時点で平群町に住民票がない場合(保護者(父・母)のみ記入)

児童との続柄	氏名	住所	個人番号(12桁)
		令和5年1月1日時点	
		令和6年1月1日時点	
		令和5年1月1日時点	
		令和6年1月1日時点	

■ 別居の保護者(父・母)及びきょうだいがいる場合

児童との続柄	氏名	性別	生年月日	住所	個人番号(12桁)
		男	T S H R		
		女	年 月 日		
		男	T S H R		
		女	年 月 日		
		男	T S H R		
		女	年 月 日		

※別居のきょうだいがいる場合は生計を一にしていることがわかる書類を添付してください。

■ 61歳未満の祖父母が同居している場合(保育希望で新規利用申込の方のみ記載)

児童との続柄	61歳未満の同居祖父母氏名	性別	保育利用の理由(有の場合証明書の添付要)			
		男	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上)	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等
		女	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()
		男	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上)	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等
		女	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()
		男	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 就労(月64時間以上)	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	<input type="checkbox"/> 介護等
		女	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()

※61歳未満の同居の祖父母が無職・求職中等で保育利用の理由がない場合でも申込は可能ですが、調整指数の減算対象となります。

■ 保育料等の減免に関わる事項について(☑のないものについては非該当として扱います。)

ひとり親世帯の該当有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
生活保護受給の該当有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(年 月 日から保護開始)
在宅障害者の該当有無 ※同一世帯	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 ※以下の書類(写し)を添付 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (氏名) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 (氏名) <input type="checkbox"/> 障害基礎年金等受給がわかるもの (氏名)
里親家庭・ファミリーホームでの 養育該当有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
中国残留邦人等支援給付の該当有無	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(年 月 日から)

■ 多子軽減計算に係る第1子の年齢制限について

(きょうだいで通園する施設や認定区分が異なる場合もカウントの方法は同じです。)

教育認定: 小学校3年生まで

保育認定: 小学校入学前まで

※年齢制限撤廃の世帯

【副食費】 教育認定: 市町村民税所得割77,101円未満の世帯

保育認定: 市町村民税所得割57,700円未満の世帯

【保育料】 保育認定: 市町村民税所得割77,101円未満の世帯