

施設型給付費・地域型保育給付等教育・保育給付現況届

(兼継続利用申込書)

令和 年 月 日

市川三郷町長 殿

次のとおり、届出いたします。

住 所	〒 市川三郷町		
保護者氏名	印	自宅電話番号	
		父携帯電話番号	
		母携帯電話番号	

(利用児童)

申請に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな)	性別	生 年 月 日		障害者手帳 の有無
			男	令和 年 月 日	
		女	年 齡 (令和8年4月1日時点)	歳	無
認定番号	(既に認定を受けている場合記入)				
保育の希望の 有 無 (※)	有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育所等の利用を希望する場合(幼稚園等との併願を含む。)			
	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、事業所内保育等をいいます。

「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

世帯の状況(申込児童を除く。)

ふり がな 氏 名	利用児童 との続柄	生 年 月 日	性 別	職業・勤務先又は学校名等	備 考(単身赴任等) ※別居の場合は住所 をご記入ください。
			男・女		
生活保護 世帯	<input type="checkbox"/> 適用有	ひとり親 家庭	<input type="checkbox"/> 該 当	在宅障害者(児)と同居	<input type="checkbox"/> 同居あり (氏名:)

税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な町・県民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。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。
保護者氏名 : _____ 印

利用施設(事業者)、希望期間、希望利用時間

利用施設(事業者)名		希望理由及び希望する保育認定	
		<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間	
希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで、または <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで		
希望する利用曜日		希望する利用時間	
月・火・水・木・金・土		時 分 から 時 分	

保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・傷害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・傷害 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他()

※保育の利用を必要とする理由を証する書類を添付してください。

※保育の利用を必要とする理由が【求職活動】の場合は【保育認定期間が3ヵ月】となります。

※自営業の場合は、申告書のコピー・事業所が確認できる書類等が必要となります。

※内職については、収入がわかる書類が必要となります。

食物アレルギーの有・無(有・無どちらかを○で囲んで下さい。)

有 ・ 無

※ 町 記 入 欄

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日 認定 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日	
【 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 】	至 年 月 日	
入所施設(事業者)名	<input type="checkbox"/> 認定こども園 【 <input type="checkbox"/> 連(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)	
備考		

※施設記入欄(施設(施設・事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日			
施設(事業者)名	(事業所番号:)		
担当者氏名	連絡先		
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日)) ・ 無		
備考			