

子どものための教育・保育給付認定申請書兼教育・保育施設等利用申込書

6 新規

宍粟市教育委員会 様

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定及び施設の利用を申請します。

申保 請護 者者	氏名			申請年月日	令和 年 月 日
	住所	(〒671-) 宍粟市		転入前住所 (4~8月入所はR5.1.1 時点、9~3月入所は R6.1.1時点の住所)	(〒 -)
	連絡先	自宅・携帯 ()	自宅・携帯 ()		自宅・携帯 ()

①世帯の状況

※障害者手帳等とは
身体障害者手帳・療育手帳・特別児童扶養手当証書等

(ふりがな) 氏名	申込児童 との続柄	生年月日	勤務先・学校名等	障害者 手帳等	個人番号※ (マイナンバー)
	申込 児童	平・令 年 月 日 (歳)		有・無	
		大・昭・平 年 月 日		有・無	
		大・昭・平 年 月 日		有・無	
		大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
		大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
		大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
		大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
		大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 夫婦別居(別居先住所:) <input type="checkbox"/> 左記以外				
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 適用有(年 月 日保護開始)				※ひとり親家庭の場合 上記が確認できる書類を添付 してください。(写し可)

②保育希望の有無・理由

保育希望	続柄	必要とする理由 ※「有」を○で囲んだ場合は理由を選択してください。
有		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()
無	こども園(教育部分)の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)	

③支給認定期間、利用を希望する期間・時間・施設

支給認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで / 令和6年度末	
利用希望時間	時 分 から 時 分 まで (<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間)	
利用希望施設	第1希望	希望理由
	第2希望	
	第3希望	

受付印

○「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。 ○裏面も記入してください。

④質問項目

* 申込児童の心身の状況について
 [何か気になることがあればご記入ください。(例：アレルギー等)]

* 第1希望から第3希望の施設への入所ができない場合
他の施設の利用を希望 他の施設の利用は希望しない

* 兄弟姉妹で同じ施設に入所できない場合
同じ施設のみ希望 別々の施設でも構わない

* 兄弟姉妹で同時に利用できない場合
上の子から希望 下の子から希望 どちらからでもよい 希望しない

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

教育委員会が施設型給付費・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すること。また、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。

保護者氏名： _____

◆委任状◆ ※同居家族以外の方が提出される場合は記入してください。

宍粟市教育委員会 様 令和 年 月 日

委任者 【申請者本人（保護者）】	住 所 _____ 氏 名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
私は、下記の者を代理人と定め、支給認定申請及び施設等利用申込に係る手続き並びに個人番号の提供について委任します。	
受任者 【代理人（同居家族以外）】	住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

以下は記入不要です

身元確認 (提出者)	氏名	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 () <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※顔写真有：1点、顔写真無：2点</small>	番号確認 (保護者)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請者本人・同居家族・代理人()	市確認者		

※代理人の場合 委任状

***教育委員会記載欄**

認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否 (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	入所施設(事業者)名	支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日

***施設記載欄 (施設(事業者)を經由して教育委員会に提出する場合)**

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約の有無	有(契約・内定 (令和 年 月 日契約(内定))) ・ 無