

様式第2号(第5条関係)

施設型給付・地域型保育給付費(保育の必要性)教育・保育給付認定申請書兼保育所入所申込書

四万十市長 様
施設長 様

次の事項に全員が同意したうえで、施設型給付・地域型保育給付費教育・保育給付認定(「保育の必要性」の認定)を申し込みます。
 ・教育・保育給付認定、保育施設の利用調整、保育料の決定にあたって課税状況など市が保有する公簿にて調査・確認をするごと及び当該情報を市から保育施設(認定こども園等)へ提供すること。
 ・子ども・子育て支援法では、教育・保育給付認定証の交付については申請後30日以内に交付するとされているが、申請が集中するなど、教育・保育給付認定の審査に時間を要した場合、教育・保育給付認定証の交付まで30日以上経過すること。
 ・別紙に、家庭の個人番号を記載せず、もしくは提出しない場合は、保育料の算定のため、職権により個人番号を調査すること。

令和 年 月 日

※太枠の中をすべて記入し、押印してください。裏面もあります。

申込児童	フリガナ		性別	保護者	住所		四万十市 <small>※下記の1月1日時点の住所地については、その時点の住所地が四万十市外の場合、記入してください。</small>		電話番号	携帯	父	母	自宅
	氏名		男・女										
	生年月日	平成 令和	年 月 日生		フリガナ 氏名		(父)	(母)					
	心身障害児該当		無・有				印						

世帯の状況	※※※ ※同居の祖父母も記入。 ※同居の嫁内縁の同居者も記入。 ※高校生以下の別居児童も記入。	氏名	入所児童との続柄	生年月日	職業(勤務先)学校・保育所名	心身障害者該当心身障害者適用表(※1)参照	保育の実施を希望する期間	令和 年 月 1日 から 令和 6年 3月 31日 まで					
		父	昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有	申込区分	新規 ・ 転園 (転園前施設名)					
		母	昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有	入所を希望する保育所	第1希望		第3希望			
			昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有		第2希望		第4希望			
			昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有	保育を必要とする理由	父	就労(内定・育児休業中)・病気(障害)・介護等・求職中・その他()				
			昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有		母	就労(内定・育児休業中)・産前産後・病気(障害)・介護等・求職中・その他()				
			昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有	希望認定区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 (7:30~18:30の内、下記の短時間利用を越して保育が必要な時間)		希望利用時間		時 分 から	
			昭平令	・		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 保育短時間 (8:00~16:00の8時間)				時 分 まで	
各種適用	ひとり親世帯の適用(児童扶養手当受給の有無)			無・有		支払方法	1 口座振替 ・ 2 納付書払い (特記事項等あれば具体的に) <small>※就労内定や育児休業中の方は就労予定日、職場復帰日を記載してください。</small>						
	身障世帯の適用			無・有			口座振替の場合、金融機関を○で囲んでください。						
	生活保護の適用			無・有			四国銀行・高知銀行・愛媛銀行 伊予銀行・高知信用金庫・幡多信用金庫 四国労働金庫・高知県農業協同組合 ゆうちょ銀行・宿毛商銀信用組合						

※1 心身障害者適用表		※市記載欄	均等割	所得割	階層	保育料	第3子無料化	認定・認定番号	年齢	0 1 2 3 4 5				
(1) 身体障害者手帳交付者 (2) 療育手帳交付者 (3) 精神障害者保健福祉手帳交付者 (4) 特別児童扶養手当の支給対象児 (5) 障害基礎年金等の受給者	父		有・無				申請可	2号 3号	備考					
	母		有・無				申請済	標準 短時間						
	計		有・無		全・半・0		適用済							

※状況をできるだけ詳しく記入してください。(申込内容に虚偽が判明した場合には入所決定後でも入所を取り消すことがあります。)

父親の状況(保育できない理由)				母親の状況(保育できない理由)							
① 就労中 (内定含む)	居宅内外	1. 居宅外労働 ・ 2. 居宅内労働		① 就労中 (内定含む)	居宅内外	1. 居宅外労働 ・ 2. 居宅内労働					
	会社名・ 仕事内容等				会社名・ 仕事内容等						
	所在地				所在地						
	就労形態	正社(職)員 ・ 臨時 ・ パート 自営 (経営者/専従者/協力者) ・ その他()			就労形態	正社(職)員 ・ 臨時 ・ パート 自営 (経営者/専従者/協力者) ・ その他()					
	労働時間	時 分 ~ 時 分 1日平均()時間 ・ 月平均()日			労働時間	時 分 ~ 時 分 1日平均()時間 ・ 月平均()日					
	育休中 の場合	復帰日 年 月 日 (原則、復帰の1ヶ月前から入所可能)			育休中 の場合	復帰日 年 月 日 (原則、復帰の1ヶ月前から入所可能)					
② 病 気	病 名		病院名	② 産前産後	年 月 日 (出産・予定)	病院名					
	年 月 日より 入院 ・ 通院 (週 回)				③ 病 気	病 名		病院名			
③ 心身障害	障害名		等級	級		年 月 日より 入院 ・ 通院 (週 回)					
	④ 介護・看護	要看護者名	病院付添 ・ 自宅看護		④ 心身障害	障害名		等級	級		
④ 介護・看護	状態			⑤ 介護・看護		要看護者名	病院付添 ・ 自宅看護				
					状態						
⑤ その他				⑥ その他							
その他特記事項があれば記入してください。(子どもを保育できない家庭状況、求職中の場合就職活動状況 など)					委 任	代理人	住所	氏名			
						私は上記の者を代理人として、本書面による申請及び申込を委任します。					
						委任者	住所	氏名	印		
				※1 表面の保護者以外の方が、手続きする場合には記入してください。 ※2 委任者の氏名は、必ず本人が自署してください。							

※市記載欄

