様式第１号（第３条，第１０条関係）

子どものための教育・保育給付費等給付認定・変更申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 　　月 　　日

大衡村長　殿　　　　　　　　　　　保護者　住　　所

氏　　名

連絡先電話番号①　　　　　　　　　　　　　 （ ）

連絡先電話番号② 　　　 （　　　　）

次のとおり，子どものための教育・保育給付費等給付認定を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前子ども | 氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 個人番号 |
| ふりがな | 　年　 月 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 保育の希望 | 有　 | 保育の利用を希望する場合（幼稚園等との併願の場合を含む） |
| 無　 | 幼稚園等の利用を希望する場合 |
| 利用希望期間 | 年　　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 利用希望施設名 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |

**保育の利用を必要とする理由等**　※保育希望の方のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 児童との続柄 | 保育の利用を必要とする理由 |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　 □介護等　 □災害復旧　 □求職活動□就学　□育児休業　　□虐待・DV　 □その他( 　　　　　　　　　　　 ) |
|  | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　 □介護等　 □災害復旧　 □求職活動　□就学　□育児休業　　□虐待・DV　 □その他( 　　　　　　　　　 ) |
| 利用希望保育必要量 | □保育標準時間（最大１１時間）□保育短時間　（最大　８時間） | 利用希望時間・曜日 | 　時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 |

**申請児童の情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者手帳 | □無　□有（ 　□身体障害者手帳　□療育手帳　□精神障害者保健福祉手帳　） |
| アレルギー | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他特記事項 | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**世帯の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の世帯員（利用希望のお子さん以外） | 氏名（ふりがな） | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 勤務先・就学先の名称等 | 個人番号 |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 　年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
|  | Ｔ・ＳＨ・Ｒ | 年　 月 　日 | 男・女 |  |  |  |
| 生活保護の適用 | □適用なし□適用あり | 家族の状況 | □ひとり親世帯　□それ以外 |

税情報等の提供に当たっての署名欄

|  |
| --- |
| 　村が施設型給付費・地域型保育給付の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　　　　　　　　　　　　　　　　 |