

(表)

第8号様式 (第10条)

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定変更申請書

年 月 日

(あて先) 印西市長

保護者氏名
個人番号

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の変更を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女	有・無
		個人番号		
保護者住所・電話番号	(住所) (電話番号) 父： 母：			
支給認定証番号				
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。)		
	<input type="radio"/> 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。)		
支給認定証の交付の希望の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無			

(※)・「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、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は①及び③に必要な事項を記入してください。

① 世帯の状況

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
	(ふりがな)		年 月 日生		有・無 (有・無)	
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(裏)

② 保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> 離婚・ <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 行方不明) ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時 分から 時 分まで (月～金曜日) 時 分から 時 分まで (土曜日)
希望する保育必要量 (就労等の状況により希望に添えない場合があります)		<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	

③ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付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及び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

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	
担当者氏名 電話番号	(担当者) (電話番号)
備考	

*市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	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)
	年 月 日認定	
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"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 (<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <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		