

教育・保育給付認定申請（保育園等利用申込）書

音更町長 宛て

		申請日（申込日）	令和 年 月 日	
申請者 （申込者）	住所	〒		
	フリカゝナ	令和2年1月1日現在の住所 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 音更町以外（市・町・村）		
	氏名	Ⓜ	電話番号	自宅 父携帯 母携帯
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		

裏面の【同意事項】に同意し、次のとおり子ども・子育て支援法第20条第1項の規定による教育・保育給付認定の申請（保育園等の利用申込み）をします。

申請（申込み）に係る子ども	フリカゝナ			性別	男・女	申請者（申込者）との続柄	
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	平成・令和 年 月 日（令和2年4月1日現在 歳）					
希望する認定区分	<input type="checkbox"/> 教育	利用施設名：					
	<input type="checkbox"/> 保育	保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間				
利用希望期間	令和3年 月 日から		<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		
利用希望施設	利用希望の順位を「希望順位」欄にご記入ください。希望しない場合は、斜線を引いてください。						
	希望順位	施設名			施設区分		
		音更認定こども園			幼保連携型認定こども園		
		緑陽台認定こども園					
		宝来こども園					
		帯広大谷短期大学附属音更大谷幼稚園			幼稚園型認定こども園		
		木野北保育園			保育園		
		木野南保育園					
		柳町保育園					
		鈴蘭保育園					
		駒場保育園					
		家庭保育園ひだまり（0～2歳児のみ）			小規模保育事業所		
		りとる・ちっぷす音更（0～2歳児のみ）					
	とちか帯広YMCA 保育園（1～2歳児のみ）						

○ 世帯構成（上記の子を除く。）同居・別居を問わず、生計が同一である方は全て記入してください。

続柄	フリカゝナ 氏名	同居 の有無	生年月日		障がい の有無	会社名、学校名等
			個人番号（父母のみ）			
父		同・別	昭和・平成 年 月 日		有・無	
母		同・別	昭和・平成 年 月 日		有・無	
		同・別	年 月 日		有・無	
		同・別	年 月 日		有・無	
		同・別	年 月 日		有・無	

※ 引き続き裏面もご記入ください。

○ 家庭の状況

該当の有無について記入してください。		
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保護開始日：令和 年 月 日から
ひとり親家庭の該当	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 行方不明・拘禁 <input type="checkbox"/> その他（ ）

○ 申請（申込み）に係る子どもの健康状態など

お子さんを安全にお預かりする上で大切な情報ですので、正しく記入してください。		
乳幼児検診の受診	<input type="checkbox"/> 有 指摘事項（ ）	<input type="checkbox"/> 無
発達上の心配事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：
定期的な通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	通院頻度： <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 年に（ ）回 診断内容：
保健師等への相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：
療育施設の利用や相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：
アレルギーなど	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：
食事の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容：

○ きょうだい児が同時に申請（申込み）する場合の優先条件

該当する場合にのみ記入してください。	
<input type="checkbox"/>	利用希望優先：別々の施設であっても利用希望の順位を優先
<input type="checkbox"/>	同時利用優先：利用希望施設を変更しても同一施設での利用を優先

○ 利用希望施設で入所が決まらなかった場合の対応

該当するもの場合にのみ記入してください。	
<input type="checkbox"/>	待機登録をする（施設名： ）
<input type="checkbox"/>	認可外保育施設または職場に併設された保育施設を利用予定
<input type="checkbox"/>	育児休業期間を延長予定
<input type="checkbox"/>	幼稚園または認定こども園（幼稚園部分）を1号認定で利用予定 ※3歳以上児童のみ
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

○ 支給認定証

<input type="checkbox"/>	支給認定証の交付を希望する
--------------------------	---------------

【同意事項】

- 1 町が、利用者負担額（保育料）の算定又は副食費徴収免除の判定のため、必要に応じ、世帯の戸籍・住民登録、課税、生活保護、児童手当、児童扶養手当、障がいに関する資料を閲覧し、又は取得すること。
- 2 町が、保育を必要とする理由の確認のため、必要に応じ、勤務先に就労状況を確認する等の調査を行うこと。
- 3 施設型給付費（地域型保育給付費等）は、保護者に代わり施設（事業者）が受領すること。
- 4 町が決定した、利用者負担額及び教育・保育給付認定の内容（個人番号を除く。）を利用する施設に提供すること。
- 5 申請（申込み）の集中により、審査等に時間を要するため決定の通知までに5か月程度かかる場合があること。