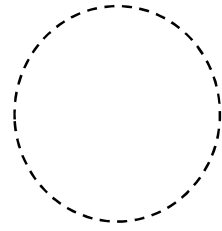


記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等  
教育・保育給付認定申請書兼現況届出書



令和 6年 3月 1日

由布市長 様

**保育（2・3号）認定希望**  
 ※保育所、認定こども園（保育所機能）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育希望の方はこちら

**教育（1号）認定希望**  
 ※幼稚園、認定こども園（幼稚園機能）希望の方はこちら《本申請前に施設から入園の内定を受けてください》

保護者※1	現住所	由布市 庄内町柿原〇〇〇番地〇〇 コーポ由布×××号室	
		(令和5年1月1日現在の居住地) <input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他	
	ふりがな	ゆふ たろう	
	氏名	由布 太郎	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	0 9 7 - 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
		<input type="checkbox"/> 携帯(父)	0 8 0 - 〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
		<input checked="" type="checkbox"/> 携帯(母)	0 9 0 - 〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
		(市担当者から連絡するための優先連絡先に☑をしてください)	

※1 上記保護者を、認定結果及び保育料（利用者負担額）の納入通知書等の対象となる保護者とします。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

1. 世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	続柄	個人番号（マイナンバー） 生年月日									性別・戸籍情報等				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	同居・別居	勤務先・学校名等
申請児童	ゆふ いちろう 由布 一郎	本人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	戸籍上の第（ 2 ）子
	ゆふ たろう 由布 太郎	父	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	株式会社××××
申請児童の世帯構成	ゆふ ゆうこ 由布 優子	母	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	×××庄内店
	ゆふ たけし 由布 岳	兄	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	×××幼稚園
															<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				年	月	日生									<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
														<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			年	月	日生									<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
														<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			年	月	日生									<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

<<面接時の記録>> ○来庁者 : 父 ・ 母 ・ その他 ( ) ○番号確認・身元確認 : 個人番号カード / 通知カード ・ 免許証 ・ その他 ( ) ○特記事項	電算入力済
---	-------

家庭状況	生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり (由布市・他自治体 ( ) )	
	ひとり親※2世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	
	在宅障がい者※3	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 該当あり	
祖父母の状況	父方	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居 ( 大分 都道府県 由布 市区町村 )	<input type="checkbox"/> 不存在
	母方	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居 ( 大分 都道府県 臼杵 市区町村 )	<input type="checkbox"/> 不存在

※2 母子及び父子並びに寡婦福祉法第6条第1項および第2項に規定する配偶者のない者

※3 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者、特別児童扶養手当の支給対象児、障害基礎年金等給付者

2. 利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 6年 5月 1日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 まで <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 末日 ) まで
利用を希望する施設（事業者）名・希望理由	第1希望 ○○○○保育園 (希望理由) 自宅に近いため。
	第2希望
	第3希望

以下、「保育所入所申込書」のとおり

3. 保育の利用を必要とする理由等 ※教育（1号）認定希望の方は記入不要

保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等）
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障がい <input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDVのおそれ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 産前産後 <input type="checkbox"/> 不存在（死別・離婚・未婚等）
希望する利用時間※4	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間）希望 (主に 7:00~18:00 の間) <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）希望 (主に 8:30~16:30 の間)	

※4 提出された書類をもとに、保育所等の利用可能な時間（保育必要量）を市が認定しますので、必ずしも希望通りになるとは限りません。

以下の同意・確認事項をお読みのうえ、ご署名ください。

- ①由布市が、給付認定に必要な個人情報（住民基本台帳・課税台帳等）を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した認定内容、保育料（利用者負担額）及び副食費の徴収について入所する施設に対して提示すること。
- ②申請内容が事実と異なる場合は、給付認定を取り消すことがあること。
- ③認定に関する審査結果について、申請が集中し審査に時間を要する時期は、申請後30日を超える場合があること。
- ④通知書等の宛名は、原則として本申請における保護者宛となること。
- ⑤認定されても入所希望者が多数の場合は、利用調整の結果、希望する施設に入所できない場合があること。
- ⑥認定後、施設を利用する必要がなくなった場合や認定内容（家庭状況・勤務状況等）に変更がある場合は、由布市に届け出ること。
- ⑦由布市から転出した場合又は認定有効期間が過ぎた場合は、認定が取り消されたものとみなすこと。

以上の内容について同意します。

保護者氏名

由布 太郎