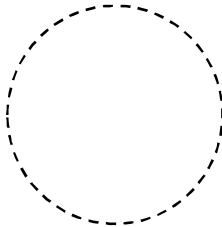


記入例

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 〇年 〇月 〇日

由布市長 様

保育(2・3号)認定希望
教育(1号)認定希望

保護者情報表
現住所: 由布市 庄内町柿原...番地
氏名: 由布 太郎
連絡先: 携帯(母) 090-...

※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

Table with columns for family members: 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. Includes entries for the applicant child and parents.

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

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、障害基礎年金等の受給者

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 ○年 ○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」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 <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間）希望 （主に 7:00~18:00 の間） （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。

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p style="text-align: right;">由布 太郎</p> <p>保護者氏名 _____</p>
<p>以上の内容について同意します。</p>	