

令和5年度

教育・保育給付認定（法第19条第1項第1号）及び
施設等利用給付認定申請書（法第30条の4第2号・第3号）

出水市長 様

【申請に当たって同意していただく事項】

- ※ 申請書等に記載した内容は、教育・保育給付認定、施設等利用給付認定等に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
- ※ 新年度4月以後の利用開始の場合は、認定事務が集中し、審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず子ども・子育て支援法第20条第6項及び第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延長する場合があります。
- ※ 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。
- ※ 税の修正申告をした場合は、税が更正された月の翌月に更正後の税額に基づき、保育料の再算定を行います。
- ※ 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設（企業主導型保育事業）の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、教育・保育給付認定及び施設等利用給付認定の申請をします。

令和 年 月 日 申請保護者氏名 _____

住所	自宅
	電話 番号 携帯 ※優先連絡先 (氏名: _____)
	携帯 (氏名: _____)

1 申請区分（Aのみに⇒本紙4及び5以外を記入 B又はCに⇒本様式の全てを記入）

教育・保育給付認定	A	<input checked="" type="checkbox"/> 1号認定（幼稚園、認定こども園（幼稚園部分）又は特別支援学校幼稚部（以下「幼稚園等」という。）の教育時間を利用）
施設等利用給付認定	B	<input type="checkbox"/> 新2号認定（申請児童がR5.4.1時点において3歳児以上で、幼稚園等の教育時間に加えて預かり保育等を利用し、その無償化を希望する場合）
	C	<input type="checkbox"/> 新3号認定（申請児童が認定希望日時点において満3歳に達していて、幼稚園等の教育時間に加えて預かり保育等を利用し、その無償化を希望する場合）

2 世帯の状況

フリガナ 氏名	児童との続柄	同居・ 別居	生年月日	年齢 R5.4.1現在	職業・学校 ・保育所等名	障害者 手帳の 有無
	保護者 ()	同 別				有 無
	保護者 ()	同 別				有 無
	申請 児童	同 別				有 無
		同 別				有 無
		同 別				有 無
		同 別				有 無
		同 別				有 無

3 利用（予定を含む。）する幼稚園・認定こども園（幼稚園部分）・特別支援学校幼稚部

施設名		利用開始（予定）日	年 月 日
-----	--	-----------	-------

4 利用（予定を含む。）するその他の施設・事業（1でB又はCを選択した方のみ記入してください。）

利用サービスの種類	施設・事業名	利用開始（予定）日
認可外保育施設		年 月 日
一時預かり		年 月 日
病児保育施設		年 月 日
子育て援助活動		年 月 日

5 保育を必要とする理由等（1でB又はCを選択した方のみ記入してください。）

<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動（退職日：)
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産（出産予定日：)
	<input type="checkbox"/> 疾病・障害（疾病名： 通院： 回/月 回/週）
	<input type="checkbox"/> 介護等（被介護者氏名： 申請児童との続柄：) （傷病名： 介護予定期間： まで）
	<input type="checkbox"/> 就学（学校名： 期間： まで）
	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動（退職日：)
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産（出産予定日：)
	<input type="checkbox"/> 疾病・障害（疾病名： 通院： 回/月 回/週）
	<input type="checkbox"/> 介護等（被介護者氏名： 申請児童との続柄：) （傷病名： 介護予定期間： まで）
	<input type="checkbox"/> 就学（学校名： 期間： まで）
	<input type="checkbox"/> その他 ()

6 世帯員の居住地

(1) 令和4年1月1日時点の居住地が出水市外だった世帯員はいますか（はい いいえ）

対象世帯員の氏名		
当時の居住地（都道府県・市区町村）	(都道府県名)	(市区町村名)

(2) 令和5年1月1日時点の居住地が出水市外だった世帯員はいますか（はい いいえ）

対象世帯員の氏名		
当時の居住地（都道府県・市区町村）	(都道府県名)	(市区町村名)