

(表)
教育・保育給付認定（現況）申請書
(施設型給付費・地域型保育給付費等)

記入例

令和8年 10月 15日

保護者氏名 美咲 太郎

美咲町長 あて

記名をお願いします。保育料の納付書等、各種通知の宛名となります。

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

申請に係る 小学校就学前 子ども	(フリガナ) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳・ 療育手帳の有無
	ミサキ サツキ 美咲 さつき	令和7年1月5日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	現住所：〒709-3717 美咲町原田2144-1 電話番号：自宅 0868 (66) 1215 携帯 090 (1234) 5678 令和8年1月1日の住所 ☒ 美咲町内 ・ ☐ 美咲町外 (市町村名)			
	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			
	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 (幼稚園等との併願の場合を含む) 無：幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等との併願の場合を除く)			

(※) ・「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①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

① 世帯の状況 (同居の世帯員)

区分	(フリガナ) 氏 名	子ども との続柄	生年月日	性別	職業・ 学校名等	市町村民税 課税の有無	備考
子どもの 世帯員	ミサキ タロウ 美咲 太郎	父	H8年9月26日生	男・女	会社員	有・無	
	ミサキ ハナコ 美咲 花子	母	H10年8月8日生	男・女	看護師	有・無	
	ミサキ イチロウ 美咲 一郎	兄	H30年5月5日生	男・女	加美小学校 2年生	有・無	
	ミサキ サクラ 美咲 さくら	姉	R3年4月2日生	男・女	中央かめっこ 保育園	有・無	
	クメ タロウ 久米 太郎	祖父	S45年5月5日生	男・女	農業	有・無	
	クメ ハナコ 久米 花子	祖母	S47年3月3日生	男・女	パート	有・無	
			月 日生	男・女		有・無	
						有・無	
申請児童以外の両親及び同居している親族等を全員記入して下さい。							
生活保護の適用の有無 ☒ 適用無し ・ ☐ 適用有り (令和 年 月 日保護開始)							

(裏)

卒園の時期を記入してください。

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 9 年 4 月 1 日 から 令和 13 年 3 月 31 日まで	
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	事業所番号*
	第1希望 中央かめっこ保育園 （希望理由） 自宅から近い	
	第2希望 柵原東保育園 （希望理由） 勤務先に近い	
	第3希望 弓削保育園 （希望理由） 保護者の通勤途中のため	

○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

* 印の欄は町記載欄ですので、

③保育の利用を必要とする

※保護者の労働又は疾病等

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由であてはまるものについて、保護者ごとにチェックを入れ、それを証明できる書類を提出して下さい。

保育の利用を必要とする具体的な状況（父、母の勤務状況等）を記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）等
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDVのおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ）	美咲設備（株） 月～金・第1.3土曜 8:00～17:00 24日/月
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 虐待やDVのおそれ ☐ 育休取得中で保育利用中の子ども ☐ その他（ ）	美咲病院 月曜日～金曜日 8:30～17:00 20日/月
家庭の状況	☐ ひとり親家庭 ・ ☒ 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月 曜日から 金 曜日まで	7:30 時から 18:30 時まで	

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

利用希望時間を 24 時間表記で記入して下さい。

記名を必ずお願いいたします。

町が施設型給付費・地域型給付費等の教育・保育給付費に付する町民税の情	町民税の情
世帯情報	
を閲覧し、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	美咲 太郎

*町記載欄

受付年月日	年 月 日	
認可の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)	☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可・否	☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型	年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名		
☐ 認定こども園（ ☐ 連 ☐ 幼（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 保（ ☐ 保 ☐ 幼） ☐ 地（ ☐ 幼 ☐ 保） ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型（ ☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事）		
備考		