

教育・保育給付認定申請書兼保育施設入所申込書

令和 年 月 日

保護者氏名

㊞

大月町長 様

次のとおり、教育・保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請する児童	(フリガナ) 氏 名	生年月日	令和7年4月1日 現在の年齢	性別	続柄	障害者手帳の有無
		平成 年 月 日生	歳	男 ・ 女		有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	(現住所) 〒788- 大月町					
	(連絡先) 自宅		父携帯			
			母携帯			
	令和6年1月1日現在の住所	大月町内 ・ 大月町外 ()				
個人番号						
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。					
保育希望の有無 (※)	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 【 保育標準時間(11時間以内) ・ 保育短時間(8時間以内) 】				
	無	幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等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。

「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①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び⑤に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	(フリガナ) 氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	職業・学校名等	個人番号	障害の有無
児童の世帯員（申請児童を除く）			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
			年 月 日生	男 ・ 女			有 ・ 無
生活保護の適用の有無		無 ・ 有 (年 月 日保護開始)					

②認定を受けようとする期間、希望する施設名

※どちらかに☑・下欄の場合は年月日記入

認定を受けようとする期間	☐ 今年4月1日から	☐ 小学校就学前まで
	☐ 令和 年 月 日から	☐ 令和 年 月 日まで
利用を希望する施設名	第1希望 (希望理由)	
	第2希望 (希望理由)	
利用を希望する曜日・時間	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 (○で囲む)	月～金 時 分 ～ 時 分 (時間)
		土 時 分 ～ 時 分 (時間)
	※保育必要量は、保護者の就労時間・状況等を支給認定基準により町が決定しますので、希望通りになるとは限りません。	

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入してください。

(表面の保育の希望の有無の有に○をされた方)

	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
保育の利用 を必要と する理由		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 虐待やDVのおそれ	就労時間： 時 分～ 時 分 通勤時間：片道 時間 分
		☐ 育休取得中で保育利用中の子ども(育休終了予定日 年 月 日) ☐ その他（ ）	備考
		☐ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護 ☐ 災害復旧 ☐ 就学 ☐ 求職活動 ☐ 虐待やDVのおそれ	就労時間： 時 分～ 時 分 通勤時間：片道 時間 分
		☐ 育休取得中で保育利用中の子ども(育休終了予定日 年 月 日) ☐ その他（ ）	備考
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 ・ ☐ 在宅障がい者（児）のいる家庭 ・ ☐ 左記以外	

④延長保育・土曜日保育事業の利用について ※別途料金が必要になります。

延長保育利用	延長保育の実施時間は19時までとなっております。 標準時間認定の子は18時30分から、短時間認定の子は16時からの利用となります。	
	有 ・ 無	
土曜日保育利用	土曜日保育利用は、認定保育時間内は無料で利用することができます。 保育認定時間を超える場合は、延長保育とみなし延長時間分が有料となります。	
	有 ・ 無	午前のみ ・ 1日（17時まで）

⑤個人情報等の提供に当たっての署名欄

町が教育・保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、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。

また、教育・保育給付認定申請の結果について、4月からの新規入所・継続入所の場合は教育・保育給付認定事務が審査等に日時を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。

保護者氏名 (印)

-----【記入はここまで】-----

* 町記載欄

受付年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

認定の可否			認定者番号	認定区分等
可 ・ 否	(否とする理由)			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
令和 年 月 日認定				
支給(入所)の可否			支給(利用)期間	
可 ・ 否	(否とする理由)		自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日	
入所施設(事業者)名				
保育料(階層)	円()	備 考		

*施設記載欄（施設を経由して町に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

施設名		担当者名	
-----	--	------	--