

教育・保育給付認定(1号・2号・3号)申請書兼利用調整申込書 及び施設等利用給付認定(1号・2号・3号)申請書

(宛先) 上峰町長

令和6年度版

【申請にあたって同意していただく事項】

- 上峰町が、給付認定の審査や、利用者負担額決定のために子ども・子育て支援法第16条(第30条の3により等)について、住民基本台帳、課税台帳その他の公簿等を確認する(マイナンバーを用いた情報連携を含む)をします。
- 申請書等に記載されている事項は保育所等の利用調整や、教育・保育の運営上、必要と認められる場合に施設等利用給付認定(1号・2号・3号)の申請を中止し、必要と認められる場合に施設等利用給付認定(1号・2号・3号)の申請を取り消すことがあります。
- 子ども・子育て支援法第30条の11第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、申請者が負担します。
- 新年度4月認定開始(変更)の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、提出された申請について、認定が開始されるまで、申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。
- 施設等利用給付認定の3号認定を申請するにあたっては、市町村民税非課税世帯に該当することを申告します。
- 認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合は施設等利用給付認定の申請はできません。

**記入例
(幼稚園部分)**

以上のことに同意し、教育・保育給付認定(施設等利用給付認定)を申請します。

1 保護者について

保護者氏名	上峰 太郎	申請日	年 月 日
保護者の住所 連絡先	(住所) 上峰町大字坊所383番地1 (転入予定の場合は現住所) (連絡先) 自宅 (0952-52-△△△△) ・ 母 (090-0000-5678) ・ 父 (090-0000-1234)		

町受付印欄

2 申請に係る児童、認定区分について

フリガナ	カミネ カエテ	性別	男・女	生年月日	R元年5月16日	手帳等*の有無	<input type="checkbox"/> 有
児童の氏名	上峰 楓						
申請する認定区分(申請区分)該当する区分に丸を付けてください	<input checked="" type="radio"/> ア	教育・保育給付認定 1号認定 希望する施設 認定こども園(幼稚園部分)・幼稚園(新制度移行園)	1~4を記入してください。				
	<input type="radio"/> イ	施設等利用給付認定 1号認定 希望する施設 幼稚園部分のみは 区分ア	3. 5①. 7を記入してください。				
	<input type="radio"/> ア+エ	教育・保育給付認定 2号認定 希望する施設 教育時間外の預かり保育を利用する場合で、保育の必要性があり、預かり保育の無償化(新2号・新3号認定)を希望するとき 区分ア+エ 裏面5②~6.も必ず記入してください。	3号認定 1~4. 5②~7を記入してください。				
	<input type="radio"/> ウ	教育・保育給付認定 2号認定/3号認定 希望する施設 認定こども園(保育園部分)・認可保育所・地域型保育施設	1~4. 6を記入してください。				
	<input type="radio"/> エ	施設等利用給付認定 2号認定 希望する施設 認可外ファミリー保育園(認定期間は入園を希望する月の1日を記入してください。E) 未移行園)+預かり保育	1~3. 5②~7を記入してください。				
認定期間	令和 6 年 4 月 1 日	~	小学校就学前	その他 (年 月 日)			

3 世帯の状況(申請児童の保護者、同居の家族および同居人) ※申請に係る児童は除く

申請子どもの保護者(単身赴任含む)及び同居者	1	フリガナ 氏名	カミネ タロウ	申請子どもとの続柄	父	勤務先・学校等の名称 および単身赴任先、別居先住所等	株式会社かみみね(会社員)	生年月日	S60年1月15日	手帳等*の有無	<input type="checkbox"/> 有
		上峰 太郎	令和5年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外) 佐賀県佐賀市	※都道府県・市区町村名を記入							
			令和6年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外)	※都道府県・市区町村名を記入							
	2	フリガナ 氏名	カミネ ハナコ	申請子どもとの続柄	母	勤務先・学校等の名称 および単身赴任先、別居先住所等	コンビニ◆◆(パート)	生年月日	S63年12月2日	手帳等*の有無	<input type="checkbox"/> 有
		上峰 花子	令和5年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外) 佐賀県佐賀市	※都道府県・市区町村名を記入							
			令和6年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外)	※都道府県・市区町村名を記入							
	3	フリガナ 氏名	カミネ ショウ	申請子どもとの続柄	兄	勤務先・学校等の名称 および単身赴任先、別居先住所等	小学校4年(R6.4.1時点)	生年月日		手帳等*の有無	
		上峰 翔	令和5年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外) 佐賀県佐賀市	※都道府県・市区町村名を記入							
			令和6年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外)	※都道府県・市区町村名を記入							
	4	フリガナ 氏名	カミネ サクラ	申請子どもとの続柄	妹	勤務先・学校等の名称 および単身赴任先、別居先住所等		生年月日		手帳等*の有無	
		上峰 さくら	令和5年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外) 佐賀県佐賀市	※都道府県・市区町村名を記入							
			令和6年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外)	※都道府県・市区町村名を記入							
	5	フリガナ 氏名	カミネ ウメ	申請子どもとの続柄	祖母	勤務先・学校等の名称 および単身赴任先、別居先住所等	スーパーためと	生年月日		手帳等*の有無	
		上峰 うめ	令和5年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外) 佐賀県佐賀市	※都道府県・市区町村名を記入							
			令和6年1月1日の住所: 上峰町内(上峰町外)	※都道府県・市区町村名を記入							
家庭の状況	ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 左記以外	生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし							

*手帳等: 身体障害者手帳、精神障害者手帳、療育手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金証書

<表面>

4 教育・保育施設の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 4 月 1 日	～	小学校就学前 その他（年 月 日）
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名		
	第1希望	〇〇こども園	（希望理由） 自宅から近い
	第2希望		（希望理由）
	第3希望		（希望理由）

利用を希望する期間は入園を希望する月の1日を記入してください。

5 特定子ども・子育て支援施設等の利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

2でイを希望した方は①を、エまたはア+エを希望した方は②を記入してください。

①幼稚園（新制度未移行）を利用する（予定含む）場合

フリガナ		所在地	〒 - TEL :
施設名		利用開始（予定）日	

②預かり保育、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する（予定含む）場合

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始（予定）日
〇〇こども園	預かり保育 認可外 一時預かり・病児保育 子育て援助活動	〒 849 - 0123 佐賀県三養基郡〇〇町大字〇12345番地× TEL : 0952-52-7412	令和6年 4月 1日
	預か 一時預 子	表面の2.で 区分ア+エ に丸を付けた方は、5②～6.も必ず記入してください。	
	預か 一時預 子		

6 保育を必要とする理由

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

保育の 利用を 必要とする 理由	続柄	必要とする理由		
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など） 株式会社かみみね 8時30分～17時30分 月20日勤務		
		母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体的な状況（勤務先・就労時間・日数等や疾病の状況など） コンビニ◆◆ 9時～16時30分 月20日勤務	
	利用を希望する曜日及び時間		利用曜日	月 曜日 から 金 曜日 まで

7 子育てのための施設等利用給付に係る支払い先の登録

償還払いの場合は振込先を記入して下さい。併せて【通帳の写し】もご提出をお願いします。

また、既に登録されている方で変更を希望される場合もこちらにご記入ください。

注）表面の“保護者氏名”に記載された方の口座をご記入ください。

金融機関名		口座番号
銀行・ 農協・	通われる施設によっては役場から直接口座振り込みをする場合があります。 その際は口座を登録をさせていただきます。上峰町内の施設に通う場合は不要となります。	
預金種目		
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

※請求書の提出や支払いについては後日お知らせします。