

2号・3号認定用

教育・保育給付認定申請書兼保育施設利用申込書  
(施設型給付費・地域型保育給付費)

年 月 日

保護者氏名

龍ヶ崎市長 様

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、かつ、保育施設の利用を申し込みます。

申請に係る 児童	氏名	生年月日	性別	障害者手帳
	(ふりがな)	H・R 年 月 日生	男・女	有・無
保護者住所	(現住所) 龍ヶ崎市			
	(R3年1月1日時点の住所) *上記と異なる場合に記入			
連絡先	[自宅]	[父携帯]	[母携帯]	

①個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧することに同意します。また、提出した申込書等に記載した事項及び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

②世帯の状況(全ての同居者を記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	障害者手帳	備考
			個人番号				
児童の世帯員	(ふりがな)	保護者	年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)	保護者の配偶者	年 月 日生				
	(ふりがな)	本人	/				
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		□適用無し・□適用有り( 年 月 日保護開始)					
家庭の状況		□ひとり親家庭・□左記以外					
保育を必要とする理由	(続柄)	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □虐待・DV □育児休業 □その他( )					
	(続柄)	□就労 □妊娠・出産 □疾病・障がい □介護等 □災害復旧 □求職活動 □就学 □虐待・DV □育児休業 □その他( )					

③利用を希望する期間及び希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 小学校就学前 年 月 日まで	
利用を希望する時間	利用曜日	利用時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	時 分から 時 分まで
	保育の必要量に応じた区分(※1)	
	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(1日11時間まで)	<input type="checkbox"/> 保育短時間(1日8時間まで)
利用を希望する施設名 <input type="checkbox"/> 転所希望 (既に入所中の方が転所を希望する場合レ点)	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第2希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第3希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第4希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第5希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第6希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第7希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第8希望	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他( )
	第9希望以降	
幼稚園等(※2)との併願希望	<input type="checkbox"/> 有(併願する幼稚園等 )・ <input type="checkbox"/> 無	

(※1) 保育標準時間及び保育短時間ともに延長保育を利用することが可能です。

(※2) 「幼稚園等」とは、幼稚園又は認定こども園(教育部分)をいいます。

----- 以下は記入しないでください。 -----

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日		
認定の可否		認定者番号	認定区分
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)		<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
給付(入所)の可否		給付(利用)期間	
可・否 年 月 日認定	(否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日	
施設(事業者)名	〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 認定こども園		

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者・連絡先	担当者氏名: / 連絡先:
備考	