

教育・保育給付認定申請書（兼入園申込書）

年 月 日

七尾市長

施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を受けたいため、次のとおり申請します。
申請にあたり、市が施設型給付費・地域型給付費等の教育・保育給付認定及び利用者負担額等の算定に必要な児童及び世帯員の情報（住民票、税務資料、障害者手帳交付状況等）を閲覧することに同意します。また、その情報に基づき決定した利用者負担額等を、特定教育・保育施設等に提示することに同意します。なお、申請内容が事実と異なる場合は教育・保育給付認定を取り消すことに同意します。

保護者氏名 _____

Table with 5 columns: 申請に係る (ふりがな) 氏名, 生年月日, クラス年齢 (入園を希望する年度の4月1日時点の年齢), 性別, 保護者住所及び連絡先. Includes fields for parent name, birth date, age, gender, and contact info.

①世帯の状況 生計を一にする方(別居の家族を含む)をすべて記入してください。

Table for household status with 7 columns: 区分, (ふりがな) 氏名, 児童との続柄, 生年月日, 年齢 (申請日時点), 勤務先又は学校名等, 同居・別居の区別. Includes a section for 'ひとり親世帯 該当の有無' and '生活保護適用の有無'.

(裏面に続きます)

無・有（有の場合、下欄も記載してください。）				
障害の有無	氏名	1	2	3
	状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）※写しを添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（級） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）※写しを添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（級） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）※写しを添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（級） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給
個人番号		申請に係る子ども		
		父		
		母		
		障害のある世帯員	1	2

※「障害の有無」において、療育手帳に該当する方がいる場合は手帳の写しを添付してください。その他の場合は提出不要ですが、市で状況が確認できない場合に提出を求めることがあります。

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）

利用を希望する期間	年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 年 月 日 まで
	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名	希望理由
	第1希望	
	第2希望	

③保育の利用を必要とする理由

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）
希望する時間	希望する利用曜日	希望する利用時間
		<input type="checkbox"/> 標準時間（1日最大11時間まで） <input type="checkbox"/> 短時間（1日最大8時間まで）

※施設（事業者）記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

（施設（事業者）を經由して市に提出する場合）

施設（事業者）名	（担当者）	（連絡先）
入園契約（内定）の有無	有（契約・内定（年 月 日契約（内定））） ・ 無	

※市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	可・否 （否の場合、その理由）	認定日	年 月 日認定
認定者番号	認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）	
入園の可否	可・否（否の場合、その理由） <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		
入園施設（事業者）名	利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	