

施設型給付費・地域型保育給付費 教育・保育給付認定(変更)申請書

舞鶴市長様

- 舞鶴市は施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市・府民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧します。また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、必要に応じ、特定教育・保育施設等(以下、「施設・事業者」という。)に対して提示します。
- 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
- 施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
- 次年度の教育・保育給付認定申請については、教育・保育給付認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請締切日までに提出された教育・保育給付認定申請については、翌年3月までに認定します。
- 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

受付	收受印
入力	
確認	

以上のことに同意し、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。

■申請者以外の方が窓口へ来られる場合は、申請者からの委任状、もしくは委任状の代わりとなる申請者の健康保険証が個人番号カード、又は個人番号通知カードを預かってきていただく必要があります。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

※ある世帯主である申請者	フリガナ		住所	〒 舞鶴市	
	氏名	Ⓜ		電話 ( )	
申請児童	フリガナ		性別	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名				続柄
保育の希望	<input type="checkbox"/> 有: 保護者の労働・疾病その他の理由により、保育所等での保育の利用を希望する。 (子から見た続柄) 保護者: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( ) (子から見た続柄) 配偶者: <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害等 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 無: 幼稚園等の利用を希望する。(幼稚園の名称)				
	教育・保育給付希望日	<input type="checkbox"/> 翌年度4月1日 <input type="checkbox"/> その他( 令和 年 月 日)	利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 教育標準時間利用(幼稚園等に通う場合) <input type="checkbox"/> 保育短時間利用(1日最大8時間までの利用) <input type="checkbox"/> 保育標準時間利用(1日最大11時間までの利用)	
教育・保育を希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校入学まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
必要な教育・保育の曜日・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	: ~ :	教育・保育給付認定証の交付を希望		<input type="checkbox"/>
※特に必要な場合のみ☑してください					

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ	性別	続柄	生年月日	就労先等	要介護認定又は障害者手帳
	氏名			個人番号		
1		男女	世帯主	大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
2		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7		男女		大昭平令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

< 保育の希望“有”の場合は、必ず裏面も記入してください。 >

		父親の状況		母親の状況		
働いている場合	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( )		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他： ( )		
	勤務先	名称				
		所在地				
		電話				
通勤手段・時間	自宅 → 職場 通勤時間 片道 約 分		自宅 → 職場 通勤時間 片道 約 分			
妊娠有無(申請時点)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 令和 年 月 日			
就学中の場合	学校名					
	就学の目的					
	期間	令和 年 月 日 まで		令和 年 月 日 まで		
疾病・障害等の場合	(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

生活保護・支援給付	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (平成・令和 年 月 日から)
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

(留意事項)  
 教育・保育給付認定(保育の必要性の認定)及び保育所等への入所について  
 ・ 保育の必要性の認定基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合があります。  
 ・ 希望者が多数いるときは、希望する施設に入所できない場合があります。  
 ・ 保育の必要性の認定基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合があります。  
 ・ 教育・保育給付認定の内容に変更が生じた場合は、速やかに舞鶴市に届け出てください。  
 ・ 保育を必要とする事由及び勤務時間等により保育の必要量(「保育短時間」又は「保育標準時間」)を認定します。実際の保育時間は、入所した施設で決定されます。

\* 市記載欄

本人確認(申請者・代理)	①	個人番号カード	運転免許証		
	②	健康保険証			

認定の可否	認定番号	認定区分等
可・否(否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 短 <input type="checkbox"/> 標)
認定(入所)の可否	認定(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		
<input type="checkbox"/> 保 保育所(園)/こども園 <input type="checkbox"/> 幼 幼稚園/こども園 <input type="checkbox"/> その他( )		
備考		

\* 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	令和 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)))・無
備考	

備考 「支援給付」とは、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成19年法律第127号)附則第4条第1項に規定する支援給付及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成25年法律第106号)附則第2条第1項又は第2項の規定によりなお従前の例によることとされた支援給付及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成25年法律第106号)附則第2条第1項又は第2項の規定によりなお従前の例によることとされた支援給付を含む。)をいいます。