

教育・保育給付認定申請書兼幼稚園・認定こども園入所申込書

令和5年度

No.

受付印

筑後市長 様（施設長 様）

次のとおり、施設型給付費に係る教育・保育給付認定を申請し、入所を申し込みます。

また、市が施設型給付費の教育・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。

なお、認定申請にあたって、4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため、審査に時間を要することから、結果は利用調整の結果とともに2月になることに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名（署名）

保護者氏名（署名）

利用を希望する施設名

児 童	フリガナ		性別	障害の有無（手帳の等級を記入）
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体 級・療育 A B・精神 級） ※特別児童扶養手当： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	生年月日	H・R 年 月 日 （令和5年4月1日現在： 歳）		
住 所	筑後市大字			
別居の父母	※児童と別居している保護者がいる場合はその住所を記入してください			
令和4年1月1日現在の住所	父： <input type="checkbox"/> 筑後市内 <input type="checkbox"/> 市外（ 市・町・村） 母： <input type="checkbox"/> 筑後市内 <input type="checkbox"/> 市外（ 市・町・村）	令和5年1月1日現在の住所	父： <input type="checkbox"/> 筑後市内 <input type="checkbox"/> 市外（ 市・町・村） 母： <input type="checkbox"/> 筑後市内 <input type="checkbox"/> 市外（ 市・町・村）	
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで			

世帯の状況（世帯分離等を含め、同居している人全員を記入してください。単身赴任の保護者も含む。）

※児童の父母が別居している場合（離婚している場合を除く）も、父母欄には記入をしてください。

※別居していても「生計が同一の子ども」がいる場合は、その子どもも記入してください。（例：離れて暮らす高校生や大学生など）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	携帯電話番号	勤務先又は学校名等	備考
児 童			・ ・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	- -		<input type="checkbox"/> 別居
			・ ・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	- -		<input type="checkbox"/> 別居
以 外 の 同 居 人			・ ・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	- -		
			・ ・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	- -		
			・ ・	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	- -		
生活保護適用の有無		<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り（ 年 月 日保護開始）					
同居する障害者の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（氏名： 手帳番号： 等級： ）					

<市記入欄>

.....

※市記載欄

認定の可否		認定番号		認定期間	
<input type="checkbox"/> 可(年 月 日) <input type="checkbox"/> 否(理由)				自 年 月 日 至 年 月 日 → 年 月 日	
入所施設(事業者)名			入所施設(事業者)類型		
			<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> その他)		
年度市民税額	父 : 円	母 : 円	: 円	合計 円	
年度市民税額	父 : 円	母 : 円	: 円	合計 円	
期間	階層	算定児童	副食費免除		特記事項
月 ~	階層	第1子・第2子・第3子以降	<input type="checkbox"/> 対象(<input type="checkbox"/> 77,100以下 <input type="checkbox"/> 第3子以降) <input type="checkbox"/> 対象外		ひとり親・障害・生保
月 ~	階層	第1子・第2子・第3子以降	<input type="checkbox"/> 対象(<input type="checkbox"/> 77,100以下 <input type="checkbox"/> 第3子以降) <input type="checkbox"/> 対象外		ひとり親・障害・生保
月 ~	階層	第1子・第2子・第3子以降	<input type="checkbox"/> 対象(<input type="checkbox"/> 77,100以下 <input type="checkbox"/> 第3子以降) <input type="checkbox"/> 対象外		ひとり親・障害・生保
備考					
処 理	① /	② /	③ /	④ /	

.....

※施設記載欄(施設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	
担当者氏名連絡先	(担当者) (連絡先)
備考 (市への連絡事項等)	