

様式第 号 (第 3 条関係)

継続 ・ 新規 (才児)

令和 8 年度 教育 ・ 保育給付認定申請書

令和〇年〇月△日

宮若市長 様

保護者氏名 宮若 太郎

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。また、宮若市が施設型給付費・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課税情報（同一世帯を含みます）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した事項を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	性 別	障害者手帳の有無	特別児童扶養手当受給の有無
	(ふりがな) 宮若 桜子	令和〇〇 年△月×日	男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
	認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			
保護者連絡先	住所	(〒 8 2 3 - × × × ×) 宮若市 宮田 〇〇 番地 ××			
	電話番号	(自宅) 0 9 4 9 - × × - 〇 〇 〇 〇 (携帯) 0 9 0 - 〇 〇 〇 〇 - × × × × 【続柄：母】			

①世帯の状況 (本人及び世帯分離も含めて記入してください。学年は4月からの新学年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	職業又は学校名等	課税の有無	障がいの有無	備考
児童の世帯員	宮若 太郎	父	昭和〇〇年△月×日	男・女	会社員	有・無	有・無	
	宮若 花子	母	昭和〇〇年△月×日	男・女	パート	有・無	有・無	
	宮若 春子	姉	平成〇〇年△月×日	男・女	〇〇小学校 〇年	有・無	有・無	
	宮若 桜子	本人	令和〇〇年△月×日	男・女	〇〇幼稚園 年少	有・無	有・無	
	宮若 夏男	弟	令和〇〇年△月×日	男・女	未就園	有・無	有・無	
	宮若 一郎	祖父	昭和〇〇年△月×日	男・女	無職	有・無	有・無	
			年 月 日	男・女		有・無	有・無	

(表面)

＊市町村記載欄

実保育必要時間	1日あたり平均 実保育必要時間	×	1ヶ月あたり平均 実保育必要日数	＝	1ヶ月あたり平均 実保育必要時間	保護者の方で少ない方を記載。勤務時間、通勤時間、休憩時間等を含む時間。 例：1日あたりの実保育必要時間が9時間、1ヶ月あたり実保育必要日数が20日の場合、9時間×20日（1ヶ月平均勤務日数）＝「180」時間を記載。

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否		認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)			☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 (☐ 標 ☐ 短)
支給（入所）の可否			支給（利用）期間
可 ・ 否 (否とする理由) (☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型)			自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名			
保育所（園）			
(☐ 認定こども園 (☐ 連 (☐ 幼 ☐ 保) ☐ 幼 (☐ 幼 ☐ 保) ☐ 保 (☐ 幼 ☐ 保) ☐ 地 (☐ 幼 ☐ 保)) ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型 (☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事)			

階層認定区分の認定経過					
保護者	前年度均等割額	前年度所得割額	生活保護法適用の有無	世帯状況	階層区分判定結果
父	円	円	有 ・ 無 (年 月 日開始)	母子 ・ 父子家庭 在宅障害者世帯	第 階層
母	円	円			(全額 ・ 半額 ・ 0)
	円	円			利用者負担額
	円	円			円
合 計	円	円			

＊施設記載欄（施設（事業所）を経由して市町村に提出する場合）

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)
入所契約（内定）の有無	有 (契約・内定 (年 月 日契約（内定）)) ・ 無
備 考	