

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定申請書
兼教育・保育給付認定変更申請書（変更事項届出書）

令和〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名 高山 健司

（あて先）高山市長

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又は変更事項を届出します。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	障害者手帳 の有無
	(たかやま なるみ) 高山 成美	個人番号	男・女	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	令和5年5月5日生	男・女	
保護者 住所・連絡先	(住 所) 岐阜県高山市花岡町2-18 (連絡先) 母)090-1234-5678、父)080-9876-5432			
認定者番号	12345 ※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の有無 (※)	有 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む）			
	無 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く）			

(※) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）

- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は

新規申込みの際、マイナンバーを確認します。
マイナンバーカードまたは通知カード及び身分
証明書（運転免許書等）をご持参ください。

①世帯の状況

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との続柄	生年月日	職業 又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
			個人番号			
児童の 世帯員	たかやま けんじ 高山 健司	父	T・S・H・R 2年 2月 2日生 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	会社員	有・無	
	たかやま なおこ 高山 奈緒子	母	T・S・H・R 3年 3月 3日生 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	パート	有・無	
	たかやま やよい 高山 弥生	姉	T・S・H・R 4年 4月 4日生 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5	〇〇保育園	有・無	
	階層によっては第2子、第3子で減額がありますので、同居の兄弟、別居でも養育している兄弟はご記入ください。				有・無	
					有・無	
				T・S・H・R 年 月 日生		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)				

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 8年 4月 1日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで		
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由		事業所番号*
	第1希望	〇〇 保育園（希望理由） 姉が入園している	
	第2希望	△△ 保育園（希望理由） 自宅から近い	
	第3希望	□□ 保育園（希望理由） 職場が近い	

○*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○字は楷書ではっきりと書いて下さい。

○教育・保育給付認定変更の申請又は変更事項の届出の場合、①世帯の状況、②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名、③保育の利用を必要とする理由等の欄は、変更箇所のみ記入してください。

（表面）

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に

勤務時間及び日数で
保育の必要量を判断
しますので、必ずご記入
ください。

保育の利用 を必要とす る理由	続柄	必要とする理由	
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復興 ☐ 就学 ☐ その他（ ※具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） (株)〇〇工業 月25日 AM8:30~PM5:00 8.5時間	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復興 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ※具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など） 〇〇商店 月20日 AM9:00~PM3:30 6.5時間	
家庭の状況	☒ 一般世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ ひとり親世帯 ☐ 在宅障がい児(者)のいる世帯 ☐ 里親世帯 ☐ その他の世帯		
希望する 利用時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日から 金 曜日まで		8 時 30 分から 16 時 00 分まで

④税情報の提供等に当たっての署名欄

高山市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）や世帯情報を閲覧すること及びその情報に基づき決定した教育・保育給付認定保護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、また、教育・保育給付認定について申請日より30日を越えて認定証が発行される場合があることについて同意します。

保護者氏名 **高山 健司**

※市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		☐ 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		
〔 ☐ 認定こども園(☐ 連 ☐ 幼(☐ 幼 ☐ 保) ☐ 保(☐ 保 ☐ 幼) ☐ 地(☐ 幼 ☐ 保) ☐ 幼稚園 ☐ 保育所 ☐ 地域型(☐ 小 ☐ 家 ☐ 居 ☐ 事) 〕		
備 考		

※施設記載欄(施設(事業者)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	(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 (年 月 日契約(内定))) ・ 無
備 考	

(裏面)