

様式第1号（第3条、第7条、第8条、第12条関係）
市町村記入欄

番号確認		窓口（施設）に来た方の身元の確認（本人様・代理人様）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票等の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他（ ）	1点確認 2点確認	☐ 個人番号カード ☐ 在留カード・特別永住証明書 ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 資格確認書等 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 官公庁発行の印鑑証明書 ☐ 精神手帳（写真付） ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ その他（ ）
代理権確認 ☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）			

市確認者（新規・再認・変更）

書類を持参される方の個人番号（マイナンバー）と氏名を記入してください。

教育・保育給付認定申請書
（施設型給付費・地域型保育給付費等）

年 月 日

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
保護者氏名	下呂 太郎											

下呂市長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

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
	げろ いちろう 下呂 一郎	令和5年 1月 1日生	男・女
保護者の住所・連絡先	(現住所) 〒509-1234 岐阜県下呂市萩原町萩原〇〇〇番地〇		保育の必要性がある場合は「有」、無い場合は「無」へ丸〇を記入してください。
	(連絡先) 電話番号(自宅) : 0576 (52) 0000 携帯電話(父) : 090 (1234) 5678 携帯電話(母) : 080 (1234) 5678		
認定者番号	※認定を受けている場合に記入し		
保育の希望の有無	2号・3号認定希望	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
	1号認定希望	無	

①世帯の状況

区分	世帯員の個人番号	氏 名	児童との続柄	生年月日	勤務先又は学校名等
児童の世帯員	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	下呂 太郎	父	平成2年1月1日生	下呂商店
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1	下呂 花子	母	平成2年2月1日生	下呂●●(株)
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 2	下呂 一郎	本人	令和5年1月1日生	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 3	下呂 咲子	姉	令和4年2月1日生	●●こども園
				年 月 日生	
※ 重要 ※ 「生計を一にする」世帯全員を記入してください。 ※「生計を一にする」とは、生活費・学資金・療養費の送金をしている場合も含まれます。 同居を要件とするものではありません。 ※勤務・就学・療養の都合上、別居している場合(単身赴任中で下呂市に住所が無い場合等)であっても記入してください。					
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)			
在宅障がい児(者)の有無		無し・有り 氏名() 身障・療育・精神(級・)判定			
家庭の状況		□ひとり親家庭 ・ ☒ 左記以外			
児童扶養手当の受給の有無		無し・有り 受給者氏名()			

該当する場合は必ずご記入ください。

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6年 1月 1日から 令和12年 1月 1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	わかばこども園（希望理由） 自宅から近いため	未満児保育を希望の方は第2・第3希望まで記入してください。
	第2希望	みなみこども園（希望理由） 勤務先に近いため	
	第3希望	萩原北醫院ししのこ（希望理由） 病児保育があるため	

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記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	就労時間、日数や疾病の期間など具体的な事由
	父	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ）	1日7.75時間 週5日
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障害 ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ）	1日6時間 週3日
希望する利用時間	利用曜日 月 曜日から 土 曜日まで		利用時間 短時間（8時間） ・ 標準時間（8時間超）

④個人情報等の提供に当たっての署名欄

下呂市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な住民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担率等について、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。

就労時間だけでなく、お迎えの時間等を考慮して必要な時間を選択してください。

保護者氏名 下呂 太朗

※市町村記載欄

受付年月日	認定区分等 ☐ 1号 ☐ 2号 ☐ 3号 ☐ 要 ☐ 短	支給(利用)期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日
-------	---	----------------------------------

記入不要

【個人番号に係る確認欄】

確認者氏名：

情報の種類	対象	確認方法
児童福祉法による障害児通所支援に関する情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
地方税関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
住民票関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援給付の支給に関する情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
児童福祉法による障害児入所支援に関する情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
障害者関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
生活保護関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
児童扶養手当関係情報・母子家庭医療費助成情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
中国残留邦人等支援給付関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	
介護保険給付関係情報	☐ データ閲覧 ☐ 書類閲覧 ☐ 写し添付 ☐ その他（ ）	

※施設受付

受付年月日	施設名及び連絡先
-------	----------

(裏面)