

施設型給付費等 教育・保育給付認定申請書（幼稚園用）

申請日 令和 年 月 日

代表 保 護 者	住所	〒520-2331 野洲市 小篠原 2100-1		
	令和5年1月1日以降に転入した場合の 前住所	●×県▲▲市●●町★番地		
	氏名	野洲 忍	個人番号	●●●●●●●●●●
	生年月日	平成●年 × 月 ▲ 日	TEL	090-****-****（自宅・父・母）

野洲市長様

幼稚園等において利用を希望するに当たり、下記の1から3までに同意し、施設型給付費等特定教育・保育給付認定を申請します。

- 野洲市役所こども課職員が、施設型給付費等特定教育・保育給付認定や保育料（利用者負担）額等の算定に必要な、世帯員（家計の主宰者含む。）の市町村民税課税状況及び住民基本台帳を、閲覧し、又は照会すること。また、下記の世帯に該当すると申請した場合は、関係機関の書類を閲覧・照会すること。
  - ひとり親世帯…ひとり親であることが確認できる書類
  - 特別児童扶養手当の支給対象児…当該手当に関する書類
  - 身体障害者手帳交付世帯…当該手帳に関する書類
  - 療育手帳交付世帯…当該手帳に関する書類
  - 生活保護世帯…生活保護に関する書類
  - 精神障害者保健福祉手帳交付世帯…当該手帳に関する書類
  - 国民年金の障害基礎年金等の受給者のいる世帯…当該年金に関する書類
- 野洲市が決定した保育料（利用者負担）額等について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- 認定審査、施設の利用調整等に時間を要することがあるため、教育・保育給付認定決定については、幼稚園等利用希望月の前月中旬頃まで遅延する場合があること。

【申請に係る児童の状況】

児童	ふりがな 氏名	保護者との 続柄	生年月日	令和5年4月 1日現在の年齢	性別
	やす たくろう 野洲 鐸朗	子 ( )	令和 2年 5月 1日	3歳	男・女
認定者番号	No. (既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。)		個人 番号	*****	
利用(希望) 幼稚園	●▲×幼稚園	利用(希望) 期間	令和 6年 4月 1日から 就学まで (又は 年 月 日まで)		

【保育料算定対象者】 保育料算定対象にあたる世帯員について、必要事項を記入してください。

(ふりがな)	やす しのみ	やす やよい
氏名	野洲 忍	野洲 弥生
児童との続柄	父	母
生年月日	●年 × 月 ▲ 日	●年 ◆月 ◆ 日
個人番号	●●●●●●●●●●	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

【家庭状況】 該当項目にチェックをし、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	受給者名( ) 個人番号( )
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳交付世帯 (身体 2 級)	手帳所持者名(野洲 与作) 個人番号(*****)
<input type="checkbox"/> 療育手帳交付世帯 (A・B )	手帳所持者名( ) 個人番号( )
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳交付世帯 ( 級)	手帳所持者名( ) 個人番号( )
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の支給対象児	受給者名( ) 個人番号( )
<input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金等の受給者のいる世帯	受給者名( ) 個人番号( )
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	年 月 日 保護開始

# 記入例

幼稚園受付日 令和 年 月 日  
受付番号（年長・年中・年少No. ）



令和6年度 幼稚園利用申込書

申込日 令和 年 月 日

野洲市教育委員会 様

代表 保護 者	住所	〒520-2331 野洲市 小篠原 2100-1				
	ふりがな 氏名	野洲 忍 <sup>印</sup> (署名又は記名押印)		生年月日	平成●年 × 月 ▲ 日	
	連絡先	父	090-****-****	母	090-****-****	その他

幼稚園において教育の利用を希望するにあたり、在園中の保育支援のために、幼児の健康診断や健康相談について、関係機関から情報の提供を受けることに同意し、次のとおり申し込みます。

【申込みに係る幼児について（口施設型給付費等支給認定申請書と同じ）】

幼 児	ふりがな 氏名	保護者との 続柄	生 年 月 日	令和6年4月 1日現在の年齢	性 別	
	やす たくろう 野洲 鐸朗	子 ( )	令和2年 5月 1日	3歳	男・女	
	幼児の健康状態（発達・アレルギー・病気等）について心配な事柄		障害者手帳等の有無と障 がい等の程度	新規・ 転園 の別	2人以上 の申込	
	生卵アレルギー		身体（ ）級 療育（A ・B ）	新規 転園	有・無	
認定者番号	No. (既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。)					
利用（希望） 幼 稚 園	●▲×幼稚園	利用（希望） 期 間	令和6年 4月 1日から 就学まで（又は 年 月 日まで）			

【入園前に別施設（保育園・認定こども園・幼稚園など）を利用している場合、現在の利用施設について】

現在の利用施設の名称	●●●保育園	スポーツ振興センター加入状況	有・無
現在の利用施設の所在地等	住所： 野洲市●●●●●番地 TEL：		

【申請に係る児童の世帯（員）の状況】保護者に関しては別居の場合も記入してください。

児 童 の 世 帯 員	氏 名	児童との 続柄	生 年 月 日	年 齢	性 別	職 業 等 在籍校・学年	令和5年1月1日現在 住所（野洲市以外の時）	備 考
		野洲 鐸朗	本人	令和 2年 5月 1日	3	男	幼稚園希望	●×県▲▲市●●町
	野洲 忍	父	平成 ●年 ×月 ▲日	28	男	会社員	〃	
	野洲 弥生	母	平成 ▲年 ●月 ●日	27	女	パート	〃	
	野洲 与作	祖父	昭和 ▲年 ●月 ●日	70	男	無職		
			年 月 日					
			年 月 日					

.....【下記は記入しないでください】.....

【市記載欄】	受 付 年 月 日	年 月 日
認 定 の 可 否	認 定 者 番 号	認 定 区 分
可・否 年 月 日認定 (否とする理由)		1号認定
事業者名・園名 ( ) 施設の種類 ( )	支 給 (利 用) 期 間	

【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	年 月 日
施設（事業者）名	(事業者号： )	
担当者名／連絡先	(担当者名) (連絡先)	
入所契約（内定）の有無	有 ( 年 月 日 契約 ・ 内定 ) ・ 無	