



野洲市長様

代表 保 護 者	住所	〒 野洲市			
		※令和5年1月1日以降に野洲市に転入された方は、下記に前住所を記入してください。			
	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日		
		個人番号			
連絡先	父		母		
	その他	()			

◆保育所等において保育の利用を希望するに当たり、下記の1から4までに同意し、関係書類を添えて施設型給付費等教育・保育給付認定を申請します。

- 野洲市役所子ども課職員が、施設型給付費等教育・保育給付認定や保育料（利用者負担）額の算定に必要な、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及び照会すること。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及び照会すること。
○ひとり親世帯…ひとり親であることが確認できる書類 ○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 ○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
○特別児童扶養手当の支給対象児の世帯…当該手当に関する書類
○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 ○生活保護世帯…生活保護に関する書類
- 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。
- 野洲市役所子ども課職員が、世帯員の就労状況について、就労先の雇用主やその他の関係者に対して、調査すること。
- 認定審査、施設の利用調整等に時間を要した場合、教育・保育給付認定決定については保育所等利用希望月の前月中旬頃まで遅延する可能性があること。

【申請に係る児童の状況】

認定番号	No.	(既に教育・保育給付認定を受けている場合のみ、記入してください)		
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	保育必要量
		年 月 日	歳	短 ・ 標準
保育の 必要事由	父	就労 疾病・障がい 介護・看護等 災害復旧 求職活動 就学 その他 ()	児童の 個人番号	
	母	就労 疾病・障がい 介護・看護等 災害復旧 求職活動 就学 妊娠・出産 その他 ()	被介護・ 看護者	氏 名： 個人番号：

【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。

ふりがな氏名		
児童との続柄		
生年月日	年 月 日	年 月 日
個人番号		

【家庭の状況】

◆該当項目がある場合は、□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	対象者名		個人番号	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳交付世帯 (身体 級)	手帳所持者名		個人番号	
<input type="checkbox"/> 療育手帳交付世帯 (A ・ B)	手帳保持者名		個人番号	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳交付世帯 (級)	手帳保持者名		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がいる世帯	受給者名		個人番号	
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	保護開始日	年 月 日		

【 下記は記入しないでください 】

認定の可否 【*野洲市記載欄*】	認定番号
可 否 (否の理由)	
認定日 年 月 日	支給(認定) 期間
認定区分 <input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定	事業者・園名 () 施設の種類 ()

【施設記入欄】施設を経由して市に提出する場合使用

施設(事業者)名	受付年月日 年 月 日	(事業者番号：)
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) ・ 無	