

令和7年度 教育・保育給付認定申請書兼入所等申込書（1号）

（施設型給付費・地域型保育給付費等）

年 月 日

浦添市長 殿

保護者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定の申請及び幼稚園・認定こども園の利用の申込みをします。

フリガナ											生年月日	4月1日の年齢	性別	障害者手帳		
入所申込児童名											年 月 日	歳	男・女	有・無		
個人番号											発達支援希望		( )※1			
住所・連絡先	〒 -															
	(自宅)				(父携帯)				-	-	(母携帯)				-	-
前年1月1日付けの住所	父	都道府県				市町村				母	都道府県				市町村	
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ください。															

※1 発達支援希望の場合は、カッコ内に○を記入してください。医師の診断書が必要です。

① 世帯の状況

区分	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	年齢	職業・学校名
				個人番号	
児童の世帯員	フリガナ	父	年 月 日	歳	
	フリガナ	母	年 月 日	歳	
	フリガナ		年 月 日	歳	
	フリガナ		年 月 日	歳	
	フリガナ		年 月 日	歳	

1 生活保護世帯      2 ひとり親世帯      3 障がい者等がいる世帯

② 利用を希望する期間、希望する施設（事業所）名

利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
幼稚園・認定こども園名	幼稚園・認定こども園

③ 祖父母の状況

(裏面)

		氏名	住所・連絡先	状況
父 方	祖父		電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡等
	祖母		電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡等
母 方	祖父		電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡等
	祖母		電話番号 ( )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡等

④ 同意欄

### 同意書

- 浦添市が施設型給付費・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。）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額等について、特定教育・保育施設等に対して提供すること。
- 所得の増額が判明した場合において、前年度課税情報のときは4月に、当該年度課税情報のときは9月に遡って利用者負担額について納付すること。
- 特定教育・保育施設等利用に関して、翌年4月入所に向けた教育・保育給付認定申請については、教育・保育給付認定事務が集中し審査に時間を要するため、審査結果の通知が2月（在園児に関しては3月）になること。
- 支給認定証及び教育・保育給付認定通知書は、教育・保育給付認定保護者の申請により交付すること（教育・保育給付認定の内容は利用者負担額決定通知により確認可能です。）。

以上のことに同意します。

年 月 日

浦 添 市 長 殿

保護者氏名

※ 保育料の階層認定で期限内に必要な書類を提出できない場合には、仮認定を行いますので注意してください。

→ 担当課記入欄 →	受 付	4月～8月			9月～3月		
		市民税均等割	有・無		市民税均等割	有・無	
入 力	市民税所得割	父		市民税所得割	父		
		母			母		
		計		計			
	階層	階層 (全・半・無)		階層	階層 (全・半・無)		
	保育料	円		保育料	円		

備考