

記入例

| | | |
|-------------|-----------|-------------------------------------|
| 市 記 入 | 番号確認書類 | 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 身元確認(1種類) | |
| | 身元確認(2種類) | |

教育・保育給付認定申請書兼保育所等入所申込書(保育台帳)

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

令和3年10月1日

保護者(申請者)氏名 **菊川 一郎**

次のとおり、施設型給付費(地域型保育給付費)に係る教育・保育給付認定の申請及び保育所入所を申込みします。

また、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民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額等及び申請書類(添付書類含む)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。

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|---|
| 申請に係る 小学校就学前 子ども | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 | 性別 | 障害者手帳、 療育手帳の有無 | |
| | キクガワ ヒカル | 令和 2 年 4 月 3 日生 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | |
| | 菊川 光 | 個人番号 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | |
| 保護者 住所・連絡先 | 〒 437-1514 菊川市下平川〇〇〇〇 | 電話番号(自宅) | 0537-73-〇〇〇〇 | | |
| | | 携帯電話(父) | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | | 携帯電話(母) | 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | 令和3年1月1日時点の住所登録地 | 父 | 市内 <input checked="" type="radio"/> 市外(横浜市) | 母 | 市内 <input checked="" type="radio"/> 市外() |
| 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。 | | | | |
| 保育の希望の 有無(注) | <input checked="" type="radio"/> 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。) | | | |
| | <input type="radio"/> 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。) | | | |

(注) 1 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、事業所内保育等をいいます。

2 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

① 世帯の状況(同住所に住んでいる人は同居とみなしてください。別居の大学生など生計が同一の方も記入してください。)

| 区分 | (フリガナ) 氏 名 | 児童 との 続柄 | 生年月日 年齢(令和4年 4月1日現在) | 性別 | 同居 別居 | 職業、学校名等 | 備考 |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|--|--|--------------|-------------------------|
| 児童の 世帯員 | キクガワ イチロウ 菊川 一郎 | 父 ※保護者 | 昭和 56 年 4 月 4 日 (41 歳) | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 | 会社員 | H29.4~単身赴任中 |
| | | | | | | 個人番号 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 |
| | キクガワ ハナ 菊川 華 | 母 ※保護者の配偶者 | 昭和 60 年 5 月 5 日 (37 歳) | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 | 会社員 | |
| | | | | | | 個人番号 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 3 |
| | キクガワ キラリ 菊川 輝 | 兄 | 平成 29 年 2 月 2 日 (5 歳) | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 | 〇〇保育園 | |
| | キクガワ タロウ 菊川 太郎 | 祖父 | 昭和 33 年 6 月 6 日 (64 歳) | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 | 農業 | |
| キクガワ ハナコ 菊川 花子 | 祖母 | 昭和 33 年 7 月 7 日 (64 歳) | 男 <input checked="" type="radio"/> 女 | <input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別 | 農業 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | 男・女 | 同・別 | | |
| 生活保護の適用の有無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始) | | | | | |
| 在宅障がい者(児)の有無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害者手帳等の写しを添付してください。) | | | | | |
| 家庭の状況 | | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 | | | | | |
| 父又は母が同居していない理由 | | <input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居(協議中・調定中) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |

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 4 年 4 月 1 日から平成 年 月 日まで・卒園まで |
| 利用を希望する施設（事業者）名 ※記載のある保育所等について希望順に利用調整を行います。 | 第1希望 ひがしこども園 （希望理由） 〇〇〇〇 |
| | 第2希望 ひかり保育園 （希望理由） 〇〇〇〇 |
| | 第3希望 みなみこども園 （希望理由） 〇〇〇〇 ご記入は第3希望までのみとなります。 |

※幼稚園、認定こども園（幼稚部）のみを希望する方は、以下の記入は不要です。

| | |
|--|--|
| 幼稚園等との併願予定 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（園名： ）→幼稚園等に内定した場合 <input type="checkbox"/> 幼稚園等に通う <input type="checkbox"/> 保育所の結果を待つ |
| （該当者のみ記入） 同時期に入所申請する兄弟姉妹がいる場合 | <input checked="" type="checkbox"/> 同じ施設で同時期の入所のみを希望する （同時に同じ施設入れない場合は、「入所待機」となります） |
| | <input type="checkbox"/> 同時に入所できれば、別々の施設でもよい （同時に入れない場合は、「入所待機」となります） |
| | <input type="checkbox"/> 1人でも先に入所させたい→2人以降は <input type="checkbox"/> 同じ施設を希望 <input type="checkbox"/> 別々の施設でもよい |
| 入所希望日に入所できなかった場合 （※この欄は、入所できなかった場合の相談・支援に使用し、利用調整には影響しません。） | (1) 希望の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 希望した施設以外は希望しない <input type="checkbox"/> 希望する施設の変更を検討する (2) 保育の予定 保育所以外の施設等利用について <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない [<input type="checkbox"/> 幼稚園等 <input type="checkbox"/> 勤務先の保育施設 <input type="checkbox"/> その他施設（ ）] <input checked="" type="checkbox"/> 保護者、親族等が保育（予定者 菊川 華 ） <input checked="" type="checkbox"/> 育休の継続・延長（令和 5 年 4 月 2 日まで） <input type="checkbox"/> その他（ ） |

③ 保育を必要とする理由等

| | | | |
|---------------|--|--|----------------------------------|
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
| | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 母 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 希望する利用時間 | 利用曜日 | | 利用時間 |
| | 月 火 水 木 金 <input type="checkbox"/> 土 | | 8時00分 から 16時30分 まで |
| 転居予定 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（転居先： ）（転居時期： 年 月 日頃） | | |
| 備考 | （特記事項「例 アレルギーや既往症など」何かあれば記入ください。 軽度のそばアレルギーですが、除去は必要ないと診断されています。 | | |

※市記入欄 受付年月日 年 月 日

| | | | | |
|-------|-----|-------|--|-------|
| 認定の可否 | 可・否 | 入所の可否 | 可・否 | 認定者番号 |
| 入所施設名 | | 認定区分 | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短） | |
| 備考 | | | | |