

子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 教育・保育施設等利用申込書				※受付者使用欄 <input type="checkbox"/> 申請者個人番号 <input type="checkbox"/> 提出者身分証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 職権確認了承済		
下妻市長 様		提出日：令和 年 月 日		認定日	必要量	適用月
次のとおり、教育・保育給付認定を申請します。				/	標・短	. 月~
申請者(保護者)氏名				/	標・短	. 月~
/				標・短	. 月~	
申請に係る 小学校就学前の 児童	氏名 (ふりがな)	生年月日 R H 年 月 日	性別 男・女	個人番号(マイナンバー)		
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒		父	(携帯電話)		
	(固定電話)		母	(携帯電話)		
保育の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有： 保育所等で 保育の利用を希望する場合		※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。			
	無： 幼稚園等で 教育の利用を希望する場合		※「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保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	父	<input 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"/>虐待・DV <input type="checkbox"/>育児休業取得中だが入所決定後復帰予定(復帰予定日： 年 月 日)</input>
母	<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業取得中だが入所決定後復帰予定(復帰予定日： 年 月 日)	

②申請児童の情報

障害者手帳等保有状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 級 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳) ※「有」の方は手帳のコピーを添付 ◆特別児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日認定)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他連絡事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

③家族の状況(申請児童の両親及び同一敷地内居住者全員) ※申請児童は除く

ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ※認定を受けていない方は、利用者負担額表の「ひとり親世帯」の対象とはなりません						
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始)						
家族の障害者手帳等保有状況(在宅者に限る)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【氏名 : 級】※「有」の方は手帳等のコピーを添付 種類： <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()						
区分	(ふりがな)氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号(マイナンバー)	職業又は学校名・学年等	備考
父母及び同一敷地内居住者	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				

※同一敷地内居住者とは、住民基本台帳の記録において、住所地番が同一である者を指します。

(表面)

④ 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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
希望する 利用曜日・時間	利用曜日		利用時間	
	曜日から	曜日まで	時 分から	時 分まで
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由			
	第1希望		希望理由	
	第2希望		希望理由	
	第3希望		希望理由	
※入所に関する確認事項				
入所保留の際の 継続申請の希望 ※同一年度内のみ適応	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 育休延長して待つ <input type="checkbox"/> 家族等で保育 <input type="checkbox"/> 託児所・認可外で保育） <input type="checkbox"/> 無（利用希望初回月に入所できなかった場合は申請を取り下げする）			
希望する施設以外の 入所希望	<input type="checkbox"/> 有（第1希望～第3希望に入所できなかった場合で、他に空きがある施設がある場合には入所） <input type="checkbox"/> 無（第1希望～第3希望に入所できなかった場合は、待機）			
2人以上の児童 （兄弟姉妹）の 申込みに対する希望 ※該当者のみ記入	<input type="checkbox"/> 同じ施設同じ時期の入所のみ希望（注1） <input type="checkbox"/> 入所時期は別々でも、同じ施設の入所を希望（注2） <input type="checkbox"/> 施設は別々でも同じ時期の入所を希望（注1）（注3） <input type="checkbox"/> 第1希望でなくても同じ施設を希望 <input type="checkbox"/> 入所時期も施設も別々でよい（注2）（注3）		<small>（注1）ひとりだけ入所できる施設があっても、同じ時期に兄弟姉妹が入所できない場合には全員待機。 <small>（注2）ひとりでも入所できる施設があれば入所。 <small>（注3）入所月の翌月以降に、転園の希望を受付することもできます。</small> </small> </small>	

⑤ 認定申請に係る同意事項

1	家族状況（出産、離婚、世帯員の変更等）や就労状況（勤務先、勤務時間、育休期間等）に変更があった場合には、速やかに届出すること。
2	申請内容について虚偽の記載や、故意に記載しなかった場合は、入所取消（退所）となること。
3	入所要件を満たさなくなった場合は、その時点で退所となること。
4	「マイナンバー制度」により、他の情報保有機関に情報を照会し、提供を受けること。
5	保育の実施及び利用者負担額（保育料）または副食費の免除を判定するにあたり、必要な世帯情報及び、市区町村民税の情報（同一敷地内居住者の内容を含む）を取得・閲覧する場合があること。 利用者負担額（保育料）または副食費の免除の決定は、お子さんが入所する前年度および当年度の市区町村民税（児童の父母、及びそれ以外の扶養義務者（家計の主事者である場合に限る）のすべてについて、それらの方の課税額）で決定します。
6	申請内容や利用者負担額（保育料）等を、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
7	利用者負担金（保育料）および副食費は、期限内に納付すること。
8	利用者負担金（保育料）および副食費に未納がある場合には、自宅・職場への訪問徴収の他、利用契約の解除、財産差し押さえ等滞納処分の対象になること。
9	「就労」での入所基準は、月60時間以上就労していることが要件となり、この要件を満たさなくなった場合は退所となること。
10	「求職中」で入所が決定した場合は、入所後3か月以内に「就労証明書等」の提出が必要となること。（期限までに提出がない場合には、退所となります）
11	育児休業取得中に入所が決定した場合は、復職後「復職証明書」の提出が必要となること。（入所月に復職しなかった場合には、退所となります）

- 保育の利用を希望する場合 以上、1～11の同意事項について確認し、同意します。
- 教育の利用を希望する場合 以上、1～8の同意事項について確認し、同意します。

年 月 日
申請者(保護者)氏名 _____

家庭状況調査書

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ 申請児童氏名		性別 男 ・ 女		生年月日	平成 令和 年 月 日
保護者氏名	父親			母親	
職業	<input type="checkbox"/> 会社勤務(□親族経営) <input type="checkbox"/> 自営勤務 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 会社勤務(□親族経営) <input type="checkbox"/> 自営勤務 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他	
勤務先	名称				
	所在地		☎		☎
	土曜日勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	土曜日の保育園利用	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない	
疾病障害	病名				
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有(→手帳等のコピーを添付) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(→手帳等のコピーを添付) <input type="checkbox"/> 無	
就学	学校名				
	在学期間 (在学予定期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
妊娠出産	出産予定日	/		◆現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 年 月 日 予定 ※母子手帳またはマル福受給者証のコピーを添付	
	育休期間			年 月 日 ~ 年 月 日	
祖父母の状況	父方	祖父	氏名	(才)	
			居住地住所(※別居の場合のみ)		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない			
		祖母	氏名	(才)	
	居住地住所(※別居の場合のみ)				
	母方	祖父	氏名	(才)	
			居住地住所(※別居の場合のみ)		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> いない			
祖母		氏名	(才)		
	居住地住所(※別居の場合のみ)				
申請児童の現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育 <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚園部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育				
	<input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育 <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚園部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育 → 「在園証明書」を提出することにより、保育料が減免される場合があります。				
	<input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育 <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚園部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育				
	<input type="checkbox"/> 自宅で父母が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 他人(知人)が保育 <input type="checkbox"/> 仕事に連れていき保育 <input type="checkbox"/> 認可保育園・認定こども園・幼稚園等を利用 <input type="checkbox"/> 認可外保育園・託児所を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業を利用(施設名:) <input type="checkbox"/> 特別支援学校幼稚園部・児童心理治療施設への通所、または、児童発達支援および医療型児童発達支援で保育				

※2人以上の児童が同時に入所を申し込む場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

※この書類は、保育所入所申込の添付書類として、施設の所在する市町村の保育担当課及び保育施設のみで使用させていただきます。

※記載内容に変更があった場合は、その都度連絡が必要です。

児童の健康と発育について

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ 申請児童氏名		性別		生年月日	平成 令和 年 月 日	
出生時の状況	体重	g	分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> その他()		
発育・発達 の状況	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りがうてる <input type="checkbox"/> ハイハイができる <input type="checkbox"/> おすわりができる <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる <input type="checkbox"/> ひとりで立てる <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる					
	言葉	話す	<input type="checkbox"/> 声は発するが意味のある言葉にならない <input type="checkbox"/> 話さないが簡単な言葉の意味は分かる <input type="checkbox"/> かたこと(ワンワン、マンマ等)を話す <input type="checkbox"/> 会話ができる			
		聞く	<input type="checkbox"/> 呼ぶと返事をする <input type="checkbox"/> 呼ぶと振り向く			
	食事	<input type="checkbox"/> スプーン等を使って自分で食べられる <input type="checkbox"/> だれかの助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> ひとりでは食べられない				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレができる <input type="checkbox"/> だれかの助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> おむつを使用				
	衣服	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> 大人にしてもらう				
健康状況	健康診断	<input type="checkbox"/> 3～4か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> 5歳児発達相談				
	予防接種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> その他()				
	◆心身の発達や言葉の遅れがあるとされたことがありますか？					
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (内容:)					
	◆病気や発達のことなどでどこかの施設に相談していますか？					
	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (施設名:)					
◆障害者手帳や療育手帳などをお持ちですか？						
<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている(コピーを添付してください)						
◆今までに大きな病気・ケガをしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある						
・病名 () ・年齢 (歳 か月ごろ) ・入院 (<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> またする予定) ・通院 (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 定期的に)						
◆定期的な投薬の必要はありますか？						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名: / 使用頻度: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)						
アレルギー について	◆アレルギーはありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> その他()						
※ありの方 { <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他の食物() <input type="checkbox"/> 薬名()						
集団生活 について	◆これまでに保育所や幼稚園などの施設に通ったことはありますか？					
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (歳 か月 ~ 歳 か月まで)						

※2人以上の児童が同時に入所を申し込む場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

※この書類は、保育所入所申込の添付書類として、施設の所在する市町村の保育担当課及び保育施設のみで使用させていただきます。

※記載内容に変更があった場合は、その都度連絡が必要です。

記 入 上 の 注 意

この教育・保育給付認定申請書は、保護者が次の点に注意し記入のうえ市町村役場（幼稚園等を経由して提出する場合は、入所を申し込んだ施設）に提出して下さい。なお、その家庭から2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いて下さい。

（表面）

- 1 「申請に係る小学校就学前の児童」の欄は「氏名」にふりがなを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んで下さい。
- 2 「個人番号（マイナンバー）」の欄は、当該申請児童に係る個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。
- 3 「保護者住所・連絡先」欄の電話番号は、連絡先が複数ある場合は全て記入して下さい。
- 4 ①「保育の利用を必要とする理由等」の欄は、③「家族の状況」の欄に記入した児童の同一敷地内居住者のうち、保護者（両親又は養親又は後見人など）ごとに、児童を保育できない理由を下記5の表(1)～(8)のいずれの掲げる場合に該当するかを判断して、該当する全ての□にチェック（）して下さい。
- 5 保育の認定基準は、次の表に掲げるような場合です。

保育の認定基準
保育の必要性の認定を受ける場合は、両親のいずれも（両親と別居している場合には児童の面倒を見ている者）が次のいずれかの事情にある場合です。 (1) 就労等（家庭外労働） 児童の保護者が家庭の外で仕事をすることが普通なので、その児童の保育ができない場合 （家庭内労働） 児童の保護者が家庭で仕事をはなれて日常の家事以外の仕事をすることが普通なので、その児童の保育ができない場合 (2) 妊娠・出産 児童の保護者が出産の前後のため、その児童の保育ができない場合 (3) 疾病・障害 児童の保護者が病気、負傷、心身に障害があったりするので、その児童の保育ができない場合 (4) 介護等 児童の家庭に介護が必要な高齢者や、長期にわたる病人、心身に障害のある人、小児慢性疾患に伴う看護が必要な兄弟姉妹がおり、保護者がいつもその同居又は長期入院・入所している親族の介護・看護にあっているため、その児童の保育ができない場合 (5) 災害復旧 火災や、風水害や、地震などの不幸があり、その家庭を失ったり、破損したため、その復旧の間、児童の保育ができない場合 (6) 求職活動 児童の親が求職活動（起業準備を含む）を行っているため、その児童の保育ができない場合 (7) 就学 児童の親が就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）のため、その児童の保育ができない場合 (8) 虐待・DV 虐待・DVのおそれがある場合

- 6 ②「障害者手帳等保有状況」の欄は、申請児童に係る障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）の有無について、該当する□にチェック（）し、手帳のコピーを添付してください。
- 7 ②「アレルギー」や「その他連絡事項」の欄は、入園施設決定の参考情報となりますので、報告しておいた方が良い情報は洩れなく記載してください。（例えば、小規模保育の卒園児などの場合は、その旨を記載してください）
- 8 ③「ひとり親家庭」や「生活保護の適用」、「家族の障害者手帳等保有状況」欄は、利用者負担額を算定する時に必要な情報となりますので、該当する□にチェック（）して下さい。
- 9 ③「父母及び同一敷地内居住者」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の両親、及び同居している親族等、同一敷地内居住者全員について記入してください。
また、同一居住者全員に係る「個人番号（マイナンバー）」をそれぞれ記入して下さい。

（裏面）

- 10 ④「利用を希望する期間」の欄は、小学校就学始期に達するまでのうち、施設（事業者）の利用を希望する期間を記入して下さい。（「保育の希望」の欄で「有」を○で囲んだ場合は、保育の実施が必要な理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入して下さい。）
- 11 ④「利用を希望する施設（事業者）名」の欄は、希望する順位に従い施設（事業者）名を記入し、また、その施設（事業者）を希望する理由（例えば、既に兄弟が利用しているため、延長保育（預かり保育）を実施しているため、距離が近いなど）を記入して下さい。
- 12 ⑤「認定申請に係る同意事項」の欄は、記載の内容を確認のうえ、該当する□にチェック（）し、かつ、署名・捺印して下さい。

（留意事項）

教育・保育給付認定（保育の必要性の認定）及び施設（事業者）への入所については、

- ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
- ・ 希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
- ・ 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知下さい。

子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 教育・保育施設等利用申込書				<small>※受付者使用欄</small> <input type="checkbox"/> 申請者個人番号 <input type="checkbox"/> 提出者身分証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 職権確認了済済													
下妻市長 様				提出日 令和〇年〇月〇日													
次のとおり、施設型給付等給付認定を申請します。				<table border="1"> <tr> <th>認定日</th> <th>必要量</th> <th>適用月</th> </tr> <tr> <td>/</td> <td>標・短</td> <td>. 月~</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>標・短</td> <td>. 月~</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>標・短</td> <td>. 月~</td> </tr> </table>		認定日	必要量	適用月	/	標・短	. 月~	/	標・短	. 月~	/	標・短	. 月~
認定日	必要量	適用月															
/	標・短	. 月~															
/	標・短	. 月~															
/	標・短	. 月~															
申請者(保護者)氏名 下妻 一郎																	
申請に係る 小学校就学前の 児童	氏名 (ふりがな) しもつま だろう 下妻 太郎	生年月日 R (H) 〇年〇月〇日	性別 (男)・女	個人番号(マイナンバー) ××2× 7××× ××9×													
保護者 住所・連絡先	(住所) 〒304-8501 下妻市本城町2-22																
	(固定電話) 0296-43-2111	父 (携帯電話) 080-XXXX-XXXX	母 (携帯電話) 090-XXXX-XXXX														
保育の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有: 保育所等で 保育の利用を希望する 場合 ※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。 <input type="checkbox"/> 無: 幼稚園等で 教育の利用を希望する 場合 ※「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保育の利用を必要とする理由等

※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由
	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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業取得中だが入所決定後復帰予定(復帰予定日: 月 日)
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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業取得中だが入所決定後復帰予定(復帰予定日: 月 日)	

②申請児童の情報

障害者手帳等保有状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳) <small>※「有」の方は手帳のコピーを添付してください</small> <input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日認定)
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他連絡事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

③家族の状況(申請児童の両親及び同一敷地内居住者全員)※申請児童は除く

ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <small>※認定を受けていない方は、利用者負担額表の「ひとり親世帯」の対象とはなりません</small>						
生活保護の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始)						
家族の障害者手帳等保有状況 (在宅者に限る)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【氏名 : 級】 ※「有」の方は手帳等のコピーを添付 種類: <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()						
区分	(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号 (マイナンバー)	職業又は 学校名・学年等	備考
父母及び同一敷地内居住者	(ふりがな) しもつま いちろう 下妻 一郎	T (H) S R 〇年△月□日	(男)・女	父	×6×× ×1×× ×××0	会社員	別居(〇〇市在住)
	(ふりがな) しもつま はなこ 下妻 花子	T (H) S R 〇年△月□日	男・(女)	母	××4× 3××× ×××1	パート	
敷地内居住者	(ふりがな) しもつま しもん 下妻 シモン	T (H) S R 〇年△月□日	男・(女)	姉	××8× ××0× ×1××	〇〇小学校	
	(ふりがな) しもつま かずお 下妻 一男	T H (S) R 〇年△月□日	(男)・女	祖父	××9× ××××	無職	
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				
	(ふりがな)	T H S R 年 月 日	男・女				

個人番号(マイナンバー)をご記入ください

※同一敷地内居住者とは、住民基本台帳の記録において、住所地番が同一である者を指します。

(表面)

④ 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4月1日 から 年 月 日 まで		
希望する 利用曜日・時間	利用曜日		利用時間
	月曜日 から 金曜日 まで		8時30分 から 17時30分 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		
	第1希望	〇〇保育園	希望理由 兄弟が入所している
	第2希望	△△保育園	希望理由 家から近い
	第3希望	□□保育園	希望理由 家から近い
※入所に関する確認事項			
入所保留の際の 継続申請の希望 ※同一年度内のみ適応	<input checked="" type="checkbox"/> 有（ <input checked="" type="checkbox"/> 育休延長して待つ <input type="checkbox"/> 家族等で保育 <input type="checkbox"/> 託児所・認可外で保育） <input type="checkbox"/> 無（利用希望初回月に入所できなかった場合は申請を取り下げする）		
希望する施設以外の 入所希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有（第1希望～第3希望に入所できなかった場合で、他に空きがある施設がある場合には入所） <input type="checkbox"/> 無（第1希望～第3希望に入所できなかった場合は、待機）		
2人以上の児童 （兄弟姉妹）の 申込みに対する希望 ※該当者のみ記入	<input type="checkbox"/> 同じ施設同じ時期の入所のみ希望（注1） <input type="checkbox"/> 入所時期は別々でも、同じ施設の入所を希望（注2） <input type="checkbox"/> 施設は別々でも同じ時期の入所を希望（注1）（注3） <input type="checkbox"/> 第1希望でなくても同じ施設を希望 <input type="checkbox"/> 入所時期も施設も別々でよい（注2）（注3）		<small>（注1）ひとりだけ入所できる施設があっても、同じ時期に兄弟姉妹が入所できない場合には全員待機。 （注2）ひとりでも入所できる施設があれば入所。 （注3）入所月の翌月以降に、転園の希望を受付することもできます。</small>

⑤ 認定申請に係る同意事項

1	家族状況（出産、離婚、世帯員の変更等）や就労状況（勤務先、勤務時間、育休期間等）に変更があった場合には、速やかに連絡すること。
2	申請内容について虚偽の記載や、故意に記載しなかった場合は、入所取消（退所）となること。
3	入所要件を満たさなくなった場合は、その時点で退所となること。
4	「マイナンバー制度」により、他の情報保有機関に情報を照会し、提供を受けること。
5	保育の実施及び利用者負担額（保育料）または副食費の免除を判定するにあたり、必要な世帯情報及び、市区町村民税の情報（同一敷地内居住者の内容を含む）を取得・閲覧する場合があること。 [利用者負担額（保育料）または副食費の免除の決定は、お子さんが入所する前年度および当年度の市区町村民税（児童の父母、及びそれ以外の扶養義務者（家計の主宰者である場合に限る）のすべてについて、それらの方の課税額）で決定します。]
6	申請内容や利用者負担額（保育料）を、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
7	利用者負担金（保育料）は、期限内に納付すること。
8	利用者負担金（保育料）および副食費に未納がある場合には、自宅・職場への訪問徴収の他、利用契約の解除、財産差し押さえ等滞納処分の対象になること。
9	「就労」での入所基準は、月60時間以上就労していることが要件となり、この要件を満たさなくなった場合は退所となること。
10	「求職中」で入所が決定した場合は、入所後3か月以内に「就労証明書等」の提出が必要となること。（期限までに提出がない場合には、退所となります）
11	育児休業取得中に入所が決定した場合は、復職後「復職証明書」の提出が必要となること。（入所月に復職しなかった場合には、退所となります）

保育の利用を希望する場合 以上、1～11の同意事項について確認し、同意します。

教育の利用を希望する場合 以上、1～8の同意事項について確認し、同意します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名

申請者の方が記名してください

下妻 一郎