

# 記入例

(様式第1号)

## 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定(現況)申請書兼入所(園)申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名 海南 太郎

海南市福祉事務所長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る 小学校就学前児童	氏名 (ふりがな) かいなん みかん 海南 みかん	生年月日 平成・令和 年 月 日生	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
保護者連絡先 (優先的に使う連絡先を ○で囲んでください)	自宅 073 - XXX - XXXX	携帯(父)	090 - XXXX - XXXX	
		携帯(母)	090 - XXXX - XXXX	
保護者 住所	〒 642-8501 海南市南赤坂11番地		学校区( 異 小学校)	
(転入・転居予定の場合のみ) 転入・転居予定 住所	〒		学校区( 小学校)	
			転入・転居予定時期( 年 月ごろ)	
保育の希望の 有無(*1)	<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 <input type="radio"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合			

(\*1)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部)、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。

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(幼稚園部)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ください。

	続柄	必要とする理由	具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)等
保育の利用を必要とする理由	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・看護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中だが保育利用中の児童あり <input type="checkbox"/> その他( )	株式会社 ○○○○ 月～金 及び第2、第4土曜出勤 08:30～17:15 自動車通勤(約30分) (休業日に1～2時間有)
	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・看護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待やDV <input type="checkbox"/> 育休取得中だが保育利用中の児童あり <input type="checkbox"/> その他( )	○〇病院 月～金曜勤務 交替制勤務 1)07:00～16:00 2)08:30～17:30 3)11:00～20:00 自動車通勤(約45分)

### ②申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input type="radio"/> 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (食品名 卵 症状 口の周りに湿疹がでる)
その他特記事項	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (左腕が抜けやすく、気を付けている。)

### ③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 5 年 4 月 1 日 から 令和 6 年 3 月 31 日		
希望する 利用曜日・時間 (*2)	利用曜日	利用時間	
	<input checked="" type="radio"/> 月・火・水・木・金	7時 30分 から	19 時 00 分
	<input checked="" type="radio"/> 土	7時 30分 から	17 時 00 分
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由	事業所番号(*3)
	第1希望 ○○○○	姉が通っているため	
	第2希望 □□□□	通勤経路にあるため	
	第3希望 △△△△	祖父母の家が近いため	

(\*2) 利用曜日及び利用時間は添付書類(就労証明書等)により判断しますので、ご希望に添えない場合があります。

(\*3) 市記載欄のため、申請時には記入不要です。

第4希望以降の施設がある場合は、こちらの余白に記入してください。

(例) 第4希望 ◇◇◇◇ 第5希望 ☆☆☆☆

④世帯の状況

ひとり親世帯等		非該当・該当(□ひとり親世帯 □在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護		非該当・該当( 年 月 日 保護開始)				
区分	氏名 個人番号	生年月日	児童との続柄	職業又は 学校名等	障害者 手帳	備考
児童の世帯員	(ふりがな)かいなん たろう 海南 太郎	T S H R 61年1月1日生	父	会社員	有・無	
	(ふりがな)かいなん はなこ 海南 花子	T S H R 61年2月1日生	母	看護師	有・無	
	(ふりがな)かいなん もも 海南 もも	T S H R 30年2月1日生	姉	〇〇〇こども園	有・無	
	(ふりがな)	T S H R 年 月 日生			有・無	
	(ふりがな)	T S H R 年 月 日生			有・無	
	(ふりがな)	T S H R 年 月 日生			有・無	
	(ふりがな)	T S H R 年 月 日生			有・無	
	(ふりがな)	T S H R 年 月 日生			有・無	
祖父母の状況	氏名		年齢	住所		電話番号
	父方	祖父 海南 〇介	65	海南市〇〇		xxx-xxx-xxxx
		祖母 海南 〇子	63	同上		
	母方	祖父 下津 〇吉	68	海南市下津町〇〇		xxx-xxx-xxxx
祖母 下津 〇美		65	同上			

⑤審査・認定等にかかる同意事項

(1) 施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報(同一世帯に属する者に係る当該情報を含む。)及び世帯情報を閲覧すること。

(2) この申請書に記載された内容を確認するため、関係機関へ照会すること。

(3) 就労状況を確認するため、電話、訪問等により就労先へ照会すること。

(4) この申請に基づき決定した利用者負担額について、利用する施設等へ通知すること。

(5) 翌年度4月から利用開始の場合は、教育・保育給付認定事務が集中し、審査に時間を要することから、今年度末までに認定すること。

以上のことについて、同意します。

保護者氏名 海南 太郎

保護者氏名 海南 花子

(ご本人がそれぞれ署名してください。)