

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	生年月日	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(ふりがな) かいなん みかん 海南 みかん	平成・令和 年 月 日生		
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 - XXXX - 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)	
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。

保育の利用を必要とする理由	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
	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	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) (残業日に1～2時間有)
		<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()	
	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	○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)
<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()			

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・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・有 (食品名 症状)
その他特記事項	無・有 ()

③利用期間、利用施設(事業者)名

利用期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日	
利用曜日・時間	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金	7時 30分 から 19 時 00 分
	(土)	7時 30分 から 17 時 00 分
利用施設(事業者)名	施設(事業者)名	希望理由
	●●保育園	事業所番号(*3)

④世帯の状況

ひとり親世帯等		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ・ 該当 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護		<input checked="" type="checkbox"/> 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)かいはん たろう 海南 太郎	○ 年 ○ 月 ○ 日生	父	会社員	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)かいはん はなこ 海南 花子	○ 年 ○ 月 ○ 日生	母	看護師	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)かいはん もも 海南 もも	○ 年 ○ 月 ○ 日生	姉	△△保育園	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	(ふりがな)	年 月 日生			有 ・ 無	
	(ふりがな)	年 月 日生			有 ・ 無	
	(ふりがな)	年 月 日生			有 ・ 無	
	(ふりがな)	年 月 日生			有 ・ 無	
	(ふりがな)	年 月 日生			有 ・ 無	
祖父母の状況	父方 祖父					
	父方 祖母					
	母方 祖父					
	母方 祖母					

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。

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。)