別　記

第１号様式（第６条第１項）

**記入例（１号認定）**

# 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書 兼 保育所等利用申込書

令和〇年〇月〇日

香取市長　　様

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

**申請児童のマイナンバーを記入してください。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請児童 | （ふりがな）<br>氏　　名 | 生年月日 | 性別 | （男）・　女 |
| | きょういく　つばさ<br>教 育　翼 | 令和〇年〇月〇日生 | 続柄 | 子 |
| | | | 申請児童の個人番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 |
| 保護者 | きょういく　たろう<br>教 育　太郎 | 平成〇年〇月〇日生 | 電話番号（自宅） | 0478-XX-XXXX |
| | （住所）<br>香取市佐原ロ２１２７ | | 携帯電話番号 | 父・（母）　090-xxxx-xxxx |
| 保育の希望の有無（※） | 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 | | | |
| | （無）　：　幼稚園等の利用を希望する場合 | | | |

**申請内容について、回答できる方を〇で囲み、その方の携帯電話番号を記入してください。**

（※）　模保育、家庭的保

**同居している親族等を全員記入してください。**
**また、申請児童の兄弟姉妹で、別居している大学生、入院している兄弟姉妹等、生計を一にする兄弟姉妹がいる場合も記入してください。**

います

は①

①世帯の状

| | | |
|---|---|---|
| ひ | 適用の有無 | （無）・　有 |
| 在宅障害児 | 世帯の適用の有無 | （無）・　有　※障害者手帳等の写しを添えて申請して下さい。 |
| 生 | 適用の有無 | （無）・　有（　　年　　月　　日保護開始） |

**②世帯員の中で、障害者手帳・療育手帳などをお持ちの方がいる場合は、有に丸をし、手帳の写しを併せて提出してください。**

②世帯員

| 区分 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 勤務先名又は学校名等 | 勤務先等の連絡先 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 児童の世帯員 | 教育　太郎 | HO年〇月〇日生 | （男）・女 | 父 | 会社員 | 50-xxxx |
| | 花子 | HO年〇月〇日生 | 男・（女） | 母 | パート | |
| | 翼 | RO年〇月〇日生 | （男）・女 | 本人 | | |
| | 卯一郎 | SO年〇月〇日生 | （男）・女 | 祖父 | 自営業 | |
| | 晴子 | SO年〇月〇日生 | 男・（女） | 祖母 | 自営業 | |
| | 愛 | HO年〇月〇日生 | 男・（女） | 姉 | 〇〇小学校 | |

**認可外保育施設等を利用している場合もこちらにご記入ください。**

③利用を希望する期間、曜日、時間及び希望する施設（事業者）名

| | |
|---|---|
| 利用を希望する期間 | 令和〇年　〇月　〇日から　令和〇年　３月３１日まで |
| 利用を希望する曜日（※1） | □月～金　　□土 |
| 利用を希望する時間（※1） | □　保育短時間　（各施設が定め<br>□　保育標準時間　（各施設が定め |
| 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　〇〇こども園　（希望理由）自宅から近いため |
| | 第２希望　（希望理由） |
| | 第３希望　（希望理由） |

**就学（小学校入学）前までの利用可能期間を限度として記入してください。**

※1 幼稚園等の利用を希望する場合は記入不要です。

④利用調整の継続希望

| 希望月に入所・入園ができなかった場合、翌月以降も継続して利用調整を希望しますか。 | |
|---|---|
| ☑　希望する | □　希望しない |

⑤保育を必要とする事由等

※保護者の労働又は疾病等の事由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

| | 続柄 | 必要とする事由 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 保育を必要とする事由 | | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動<br>□就学 □虐待・ＤＶ □育児休業 □その他（ ）<br>就労の場合の状況※2<br>正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他（ ）<br>勤務先名称等 TEL<br>職名（仕事の内容）<br>勤務時間（ ～ ） １日 時間 分<br>就労日数 週 日 月 日<br>通勤時間 時間 分 通勤手段 | |
| | | □就労 □妊娠･出産 □疾病･障害 □介護等 □災害復旧 □求職活動<br>□就学 □虐待・ＤＶ □育児休業 □その他（ ）<br>就労の場合の状況※2<br>正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他（ ）<br>勤務先名称等 TEL<br>職名（仕事の内容）<br>勤務時間（ ～ ） １日<br>就労日数 週 日 月 日<br>通勤時間 時間 分 通勤手段 | |

**保護者のマイナンバーを記入してください。**

⑥保護者の個人番号

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保護者の個人番号 | 続柄（父） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 1 |
| | 続柄（母） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |

**お子さまの状況について、該当するものを○で囲み、必要に応じて具体的に記入してください。**

⑦申請児童の状況

| | |
|---|---|
| 障害者手帳の有無 | 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（**小麦アレルギー** ） |
| 健康状況 | 良・普通・弱<br>【持病】無・有（ **ぜんそく** ） |
| 健診での指導事項 | 無・有（ ） |
| 通院・入院の有無 | 【通院】無・有（ **毎月１回、○○医院で定期検査を受けている** ）<br>【入院】無・有（ ） |
| 子育て関係機関への相談 | 無・有（子育て相談センター ・ 保健センター ・ 児童相談所 ・ その他）<br>相談内容（ ） |
| 現在の保育状況 | 母（産休育休・求職中・その他） 父（育休・求職中・その他）<br>祖母（父方・母方） 祖父（父方・母方） 施設（施設名 ） |
| 保護者からの付言 | **食べ物の好き嫌いが多い** |

**既に保育所、幼稚園や認可外保育所等に入所している兄弟姉妹がいる場合は、こちらに記入してください。**

⑧きょうだい児の施設（事業者）の利用状況

※申請児童のきょうだい児が、保育所等及び幼稚園等を利用している場合は記入してください。

| 氏名 | 生年月日 | 利用中の施設（事業者）の名称 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

⑨税情報等の提供に当たっての署名欄

| |
|---|
| 市町村が施設型給付費・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。 |
| 保護者氏名 **教育　太郎**　　保護者氏名 **教育　花子** |

| 調査員＊ | 入所基準番号＊ | | 基準点数＊ | | 調整点数＊ | 最終点数＊ | 保育必要量＊ | 判定＊ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | 短時間・標準 | |