

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6年10月1日

香取市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給

申請児童のマイナンバーを記入してください。

認定を申請します。

申請児童	(ふりがな) 氏名	性別	子
	きょういく つばさ 教育 翼	令和1年5月5日生	012345678900
保護者	きょういく たろう 教育 太郎	昭和60年3月1日生	電話番号(自宅) 0478-XX-XXXX
	(住所) 香取市佐原口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	
	<input checked="" type="radio"/> 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○で囲み、その方の携帯電話番号を記入してください。

(※) 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。

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。

世帯の状況	世帯の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有
在宅障害者	世帯の適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ※障害者手帳等の写しを添えて申請して下さい。
生計を一にする親族	適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (年 月 日保護開始)

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	S60年3月1日生	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	父	会社員	50-xxxx
	花子	S52年7月1日生	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	母	パート	
	翼	R1年5月5日生	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	本人		
	卯一郎	S26年3月15日生	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	祖父	自営業	
	晴子	S28年6月4日生	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	祖母	自営業	
	愛	H30年4月5日生	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 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7年 4月 1日から 令和〇年 3月 31日まで
利用を希望する曜日(※1)	<input type="checkbox"/> 月～金 <input type="checkbox"/> 土
利用を希望する時間(※1)	<input type="checkbox"/> 保育短時間 (各施設が定める) <input type="checkbox"/> 保育標準時間 (各施設が定める)
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 <input checked="" type="radio"/> 〇〇こども園 (希望理由) 自宅から近い
	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。

保育を必要とする事由	続柄	必要とする事由	備考
		<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 <input type="checkbox"/> その他 ()	就労の場合の状況※2 正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他 () 勤務先名称等 職名 (仕事の内容) 勤務時間 (~) 1日 時間 分 就労日数 週 日 月 日 通勤時間 時間 分 通勤手段
	<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 <input type="checkbox"/> その他 ()	就労の場合の状況※2 正社員・契約社員・公務員・パート・自営業・農業・その他 () 勤務先名称等 職名 (仕事の内容) 勤務時間 (~) 1日 就労日数 週 日 月 日 通勤時間 時間 分 通勤手段	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 保護者のマイナンバーを記入してください。 </div>

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	2	4	5	6	7	8	0	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	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 有 (小麦アレルギー)
健康状況	良・ <input checked="" type="radio"/> 普通・弱 【持病】無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (ぜんそく)
健診での指導事項	<input checked="" type="radio"/> 無・有 ()
通院・入院の有無	【通院】無・ <input checked="" type="radio"/> 有 (毎月1回、〇〇医院で定期検査を受けている) 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無・有 ()
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="radio"/> 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) 相談内容 ()
現在の保育状況	<input checked="" type="radio"/> 母 (産休育休・求職中・その他) 父 (育休・求職中・その他) 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	食べ物の好き嫌が多い <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 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。 </div>

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	