

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（兼施設入所申込書）

- 子ども・子育て支援法第16条に基づき、**蕨崎市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な課税情報（同一世帯者を含む）、世帯情報その他申請に必要な情報を閲覧すること及びその情報に基づき決定した利用者負担額等について、特定教育・保育施設等に対して提示することがあります。**
- 子ども・子育て支援法第13条に基づき、**保育の継続・状況確認及び保育料等の決定のために提出した各種書類に虚偽があった場合には、教育・保育給付認定及び入所承諾を取り消すことがあります。**
- 保育所等の入所後の児童一人ひとりの発達に応じた指導・支援を目的として健康診査票等の情報を利用することを承諾します。
- 保育所等の入所にあたっては、認定事務等が集中し審査に時間を要することから、認定結果は入所決定と併せての通知となります。
- 保育所の入所に当たり、利用者負担額等の納入については、蕨州市の指定する納期限内に必ず納入すること、また、保育所の入所基準に該当しなくなった場合には保育所を退所することを誓約します。

受付印

以上のことに同意し、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定申請及び保育所等への入所申込みをします。
 なお、上記の申請及び個人番号の提供について、右の者に委任します。
 ※記入いただいた申請者（保護者）が申請に来られない場合は、提出者の氏名・続柄を必ず記入してください。

申請者（保護者）氏名 _____ ※
 提出者（受任者）氏名 _____ ※
 （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

（宛先）蕨崎市長

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請に係る 小学校就学前 子ども	ふりがな	生年月日	性別	令和5年4月1日 現在の年齢
	氏名	年 月 日	男 ・ 女	歳
支給認定証番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合は記入してください。		個人番号 （マイナンバー）	
保護者 居住地・連絡先	〒 _____	電話（自宅） 携帯（父） 携帯（母）		
前居住地	※世帯の中に令和4年1月1日以降に転入された方がいる場合はご記入ください。			

児童の 状況	障がい・疾病の有無	<input type="checkbox"/> あり（障がい・疾病等名称： _____） <input type="checkbox"/> なし		
	手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり（番号： _____）	専門機関での指導を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	アレルギーの有無 ※ありの場合はアレルギー疾患生活管理指導表（①・②）の提出が必要です。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	食物アレルギー・アナフィラキシー・アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> あり（ありの場合は指導表①を提出） <input type="checkbox"/> なし 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> あり（ありの場合は指導表②を提出） <input type="checkbox"/> なし	
	その他児童のことで 伝えておきたいこと			

保育の希望の有無（※）	有	保護者の就労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（幼稚園等と併願の場合を含む。）	①～③を記入
	無	幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）	①の「世帯の状況」までと②を記入

（※） ・「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。
 ・「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世帯の状況 ※世帯分離をしていますが、同居している方は全員ご記入ください（入所児童は除く）。入所時点での状況をご記入ください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業または学校名等	個人番号（マイナンバー）
児童の世帯員	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
	（ふりがな）		年 月 日	男 ・ 女		
世帯の状況	生活保護	<input type="checkbox"/> 適用あり（ _____ 年 _____ 月 _____ 日開始） <input type="checkbox"/> なし				
	障がい児（者）との同居	<input type="checkbox"/> あり（障害者手帳 <input type="checkbox"/> あり 手帳番号： _____） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし				
	父または母がいない	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居（調停を起している・いない） <input type="checkbox"/> 未婚の母 児童扶養手当・ひとり親医療費助成の受給 <input type="checkbox"/> 該当あり <input type="checkbox"/> 該当なし ※該当なしの場合 <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 正式に離婚していない <input type="checkbox"/> 所得制限により受けられない <input type="checkbox"/> 申請中（ _____ 年 _____ 月 _____ 日申請）				
同居祖父母の状況	（祖父） 歳	就労 <input type="checkbox"/> あり（勤務先： _____） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 健康 保育ができない理由： _____				
	（祖母） 歳	就労 <input type="checkbox"/> あり（勤務先： _____） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 健康 保育ができない理由： _____				
※2号、3号認定の場合、65歳未満の祖父母と同居されている方は、祖父母についても保護者と同様に保育の必要性を証明する書類が必要です。						

②希望する施設名及び利用を希望する期間・時間

利用を希望する期間		年 月 日から		年 月 日まで	
利用を希望する施設名	第1希望	理由	<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い <input type="checkbox"/> 送迎に便利 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	第2希望		<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い <input type="checkbox"/> 送迎に便利 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	第3希望		<input type="checkbox"/> 自宅に近い <input type="checkbox"/> 勤務地に近い <input type="checkbox"/> 送迎に便利 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する利用時間	希望利用曜日		希望利用時間		
	月・火・水・木・金・土(週 日) ※利用希望の曜日に○を付け週何日かをご記入ください。		時 分から 時 分まで ※ただし、保育の必要量については、就労証明等の客観的な基準により認定することになります。		

きょうだい入所の希望	<input type="checkbox"/> 有 ※選考希望について	<input type="checkbox"/> ①きょうだいと同じ施設に通うことを優先する(場合によっては、希望順位が低い施設となる場合があります。) <input type="checkbox"/> ②きょうだいが多々の施設でもよい(希望順位の高い施設を優先する。) <input type="checkbox"/> ③その他 ※詳細に記入してください。例：上の子は幼稚園へ入所させ、下の子だけを保育所へ入所させる など ()
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 他の施設に通っている(施設名：) <input type="checkbox"/> その他(理由：)

③保育の利用を必要とする理由等 ※保護者の就労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に記入してください。

父等の状況	保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 本人の障がい・疾病 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	就労・就学先	勤務先・学校名			所属	
		通勤・通学時間	約 分(第1希望の施設から就労・就学先までの往復時間)			
		単身赴任中の場合	現居住地：			
	求職活動中	<input type="checkbox"/> 今まで主として家計を支えていた(求職活動については別紙申立書のとおり)				
	障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 障がい(手帳 <input type="checkbox"/> あり(等級：) <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 疾病(診断名)				
	介護等	介護を受けている人： 続柄： <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・通園・通学 <input type="checkbox"/> その他 ()				
災害復旧	災害を受けた日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> その他					
母等の状況	保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 本人の障がい・疾病 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	就労・就学先	勤務先・学校名			所属	
		通勤・通学時間	約 分(第1希望の施設から就労・就学先までの往復時間)			
		単身赴任中の場合	現居住地：			
	妊娠・出産	出産予定日(年 月 日)				
	求職活動中	<input type="checkbox"/> 今まで主として家計を支えていた(求職活動については別紙申立書のとおり)				
	障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 障がい(手帳 <input type="checkbox"/> あり(等級： 級) <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 疾病(診断名)				
介護等	介護を受けている人： 続柄： <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・通園・通学 <input type="checkbox"/> その他 ()					
災害復旧	災害を受けた日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> その他					

④支給認定証の交付 (支給認定証の交付を希望しない場合は記入不要です。)

<input type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望します。 ※交付不要の方はチェックを入れしないでください。	<input type="checkbox"/> 交付された認定証は、返還するまで大切に保管する必要があります。 <input type="checkbox"/> 交付を希望しない場合は、返還が不要な「教育・保育給付認定に係わる事項を記載した通知書」を送付します。
--	---

◎別紙の記入上の注意をお読みいただき、文字は楷書ではっきりとご記入ください。