

保護者欄に記載した方の個人番号（マイナンバー）の申告が必要です。本人確認のため、個人番号の分かる書類と身元確認書類（運転免許証など）をご用意ください。ただし、利用申込書を提出する人が、保護者欄に記載された保護者以外の方（例：保護者欄には父を記載し、母が窓口へ提出する場合など）が提出する場合は、必要書類が異なります。

該当する利用区分に、をしてください。

- 新規
継続
転園

申請日 R4年11月5日

生年月日 性別

R4年5月11日生 男・女

住所

氏名(フリガナ)
アサクチ タロウ
浅口 太郎

浅口市鴨方町六条院中〇〇〇〇番地

(連絡先) ※連絡が付きやすい順にご記入ください

① 090-△△△△-□□□□

父携帯・母携帯
父勤務先・母勤務先
自宅の他( )

② 090-△△△△-〇〇□□

父携帯・母携帯
父勤務先・母勤務先
自宅の他( )

認定者番号 ※既

保育の希望の有無(※)

有

保護者の労働又は疾病(幼稚園等と併願)

無

幼稚園等の利用を希

教育・保育給付認定申請後、教育・保育給付認定内容を記載した「教育・保育給付認定決定通知書」を送付します。なお、支給認定証の交付が必要な方は、「支給認定証交付申請書」を提出してください。

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育事業所内保育をいいます。(以下同じ))

- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(保育事業所内保育をいいます。(以下同じ))
・「有」を○で囲む
・支給認定証の交付に係る事項を記載

児童の父母が単身赴任等で別居している場合でも、父母は必ず記入してください。また、住民票上の世帯に関わらず、同居者全員を記入してください。

※単身赴任等により、父又は母が児童と別居している場合は、備考欄へ別居先の住所を記入してください。

①世帯の状況

Table with 7 columns: 区分, (フリガナ)氏名, 世帯の続柄, 生年月日, 現在の年齢, 職業又は学校名等, 備考. Rows include Asakuchi Tarou (father), Asakuchi Ryouko (mother), Asakuchi Hanako (aunt), Asakuchi Tsunehiko (self), and Asakuchi Sachiko (grandmother).

生活保護の適用の有無 適用なし(適用あり(年 月 日保護開始))

ひとり親家庭・在宅障害者・左記以外

利用開始は、原則、各月の1日となります。

利用を希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間

R5年4月1日から

就学前まで
年 月 日まで(必要な期間を記入)

施設(事業者)名・希望理由

利用が決定した場合、必ず通える施設のみを記入してください。申込後、利用希望施設の変更を行う場合は、別途手続きが必要です。

Table with 3 columns: 希望理由, (希望理由), 希望理由. Rows include: 1st hope: 〇〇こども園 (希望理由) 姉が在園しているため; 2nd hope: △△保育園 (希望理由) 通勤途中のため; 3rd hope: 〇〇こども園 (希望理由) 通勤途中のため; 4th hope: ××こども園 (希望理由) 職場から近いため; 5th hope: □〇保育園 (希望理由) 祖父母宅から近いため; 6th hope: △□保育園 (希望理由) 通園可能範囲内のため

園・入所し通うことができる範囲でご記入ください。利用申込みが保育所等の受け入れ可能な人数を超えた場合には、ご記入いただいた範囲内で利用調整を行います。

③保育の利用を必要とする理由等

(裏面)

※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に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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・負傷・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	希望する利用時間		利用曜日 (○を付けてください) 月・火・水・木・金・土・日

各施設の利用時間を確認し、選択してください。  
 ※利用可能な時間帯を超えた場合、延長保育料が発生します。「求職中」の方は「短時間利用」となります。

④申請児童の健康状況等

障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> )
アレルギー	無・有 ( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>ハウスダスト</b> )
受診済みの健康診査	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 ( 歳 か月 ) 健診での指導事項 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <b>体重が少ない</b> )
入院の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (病名等: <b>クルーズ症候群</b> )
通院・通所等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名・診断名等: ) 通院・通所頻度 ( )

⑤兄弟姉妹で2人以上の利用申込みをしている方は、①～③のうち希望するものを選んでください。

<input checked="" type="checkbox"/> ①全員が同じ月に利用できるのであれば、別々の保育所等でも希望する
<input type="checkbox"/> ②全員が同じ月に、同じ保育所等を利用できなければ、同時に利用できるまで空きを待つ
<input type="checkbox"/> ③1人だけ利用できる場合でも、利用を希望する。(下記ア～エを選択してください。)
ア 年長の児童が利用できる場合は、1人でも利用を希望 イ 年少の児童が利用できる場合は1人でも利用を希望 ウ どちらの場合でも利用を希望 エ その他の希望 ( )

⑥個人情報等の提供に関する署名欄

1 市が施設型給付・地域型保育給付の教育・保育給付認定に際して、子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者(同一世帯者を含む。)の市町村民税課税状況並びに所得状況及び世帯情報等の利用料の算定に必要な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、利用施設に対して提示すること。

2 申請書等に記載した事項について、利用調整又は教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者を提供すること。

3 教育・保育給付認定について、4月に利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、利用の可否のお知らせ等とあわせて教育・保育給付認定に係る通知を送付すること。

4 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消す場合があること。  
 以上のことに同意の上、申請します。

保護者氏名 **浅口 太郎**

*市記載欄		受付年月日	年 月 日
認定の可否	認定者番号	認定区分等	
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	□1号 □2号 □3号 (□標 □短)	
支給(利用)の可否	支給(利用)期間	利用施設(事業者)名	
可・否 (否とする理由)	年 月 日認定	自 年 月 日	
		至 年 月 日	

*施設記載欄(施設(事業者)を經由して市に提出する場合)		受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号: )		
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定 ( 年 月 日契約(内定))) ・ 無		