

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定書

(入園申込書 兼 児童台帳)

令和 3年11月10日

フリガナ 深谷 五郎

自署又は署名押印をお願いします。

フリガナ 深谷 五郎

深谷

(自署又は記名押印)

深谷市長 宛て (管理者 宛て)

提出日を記入して下さい。

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子ども	氏名 フリガナ フカヤ タロウ 深谷 太郎	第何子(※) 第 2 子	生年月日 平成 29 年 4 月 2 日生 令和	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	障害者手帳の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 無
保護者住所・連絡先	(住所) 深谷市仲町11-1 (電話番号) (携帯電話) 090-0000-XXXX【母】				
認定者番号	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。				
保育希望時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間保育 (11時間) ・ <input type="checkbox"/> 短時間保育 (8時間)				
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育等の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合) <input type="radio"/> 無 : 希望する保育の時間を選んでください。 (求職活動の方は、短時間保育となります)				

- (※) ・ 「保育所等」とは、保育所、保育をいいます。(以下同じ)
 ・ 「幼稚園等」とは、幼稚園又は認定こども園(教育部分)をいいます。
 ・ 「有」を○で囲む場合は①、②に「無」を○で囲む場合は③、④及び⑤に必要事項を記入してください。
 ・ 「第何子」を記入してください。

保育園を希望する方は「有」に○をつけてください。

希望する保育の時間を選んでください。(求職活動の方は、短時間保育となります)

同居の方で、障害手帳をお持ちの方がいる場合は、該当する方の欄にチェックしてください。

入園希望月の1日現在の状況を記入してください。

①世帯の状況(父母及び同居所に住んでいる全員(世帯分離している人も含む。)を記入上の注意に記入してください。)

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	同・別	障害	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	深谷 五郎	父	S53年4月4日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有	〇〇会社	単身赴任
	深谷 花子	母	S55年2月2日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有	〇〇会社	
	深谷 一	兄	H25年10月10日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 有	△△小学校	
	深谷 次郎	祖父	S34年3月3日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 有	農業	
	深谷 花代	祖母	S33年1月1日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有	農業	
				年 月 日生	男・ <input type="radio"/> 女	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有	
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 適用無し ・ <input type="checkbox"/> 適用有り (年 月 日保護開始)						

別居祖父母の状況	母方	氏名	住所	電話
		鈴木 三四郎	熊谷市□□□1234	(〇〇) XXXX
	鈴木 一子	熊谷市□□□1234	(〇〇) XXXX	
	父方			()

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	令和 4 年 4 月 1 日から 年 月 日まで ・就学前まで		
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	〇〇〇 保育園	(希望理由) 保育方針が気に入った
	第2希望	××× 保育園	(希望理由) 家から近い
	第3希望	〇▲□ 保育園	(希望理由) 母の職場から近い

③保育の利用を必要とする理由等

※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		備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況)		
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況 (勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))			
家庭の状況	他の乳幼児	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (状況)		
	母子家庭及び父子家庭の確認	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚を前提とした別居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間	
	月 曜日から 金 曜日まで		9 時から 17 時まで	

保護者の保育を必要とする理由にチェックをいれてください。

家庭の状況欄に該当する事項がある場合は、チェックをいれてください。

④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情報(収入、資産、世帯情報等を含む)、児童扶養手当受給情報及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報(保育料)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。また、教育・保育給付認定証の発行について、申請の日から30日を超えて

上記の件を承諾のうえ、
自署又は記名押印をお願いします。

保護者氏名

深谷 五郎
(自署又は記名押印)

*市町村記載欄

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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
年月日認定		
支給(入所)の可否	支給(利用)期間	
可・否 (否とする理由)	自 年 月 日 至 年 月 日	
[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]		
入所施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)]		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)