

教育・保育給付認定申請書 兼 保育所等入所申請書

開成町長 様

●申請日 年 月 日

施設型給付費・地域型保育給付費支給認定及び保育所等の利用について、関係書類を添えて次のとおり申込みます。なお、保育料の算定や資格調査等のため、住民記録及び課税台帳等を職権にて閲覧等することに同意し、関係する親族等からも同意を得ています。

●申請者（保護者）

住 所	〒 - 開成町
	(建物名・部屋番号)
氏 名	
電話番号	(通常連絡先)
	(父緊急連絡先)
	(母緊急連絡先)

※子ども・子育て支援法施行規則に基づく認定申請に係る記載事項の個人番号（マイナンバー）について職権で閲覧することに同意します。

①利用希望児童

署名があれば、マイナンバーの記入は不要 **署名**

児童氏名	生年月日	年齢	性別	個人番号（署名同意の場合は不要）
	年 月 日	歳 (.4.1時点)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

②児童の家庭構成（同居している方すべてのお名前をご記入ください。）

続柄	家族氏名	生年月日	就労先名・学校名	個人番号（署名同意の場合は不要）
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

生活保護の適用 適用なし ・ 適用あり（保護開始 年 月 日）

家庭の状況 ひとり親家庭 ・ 在宅障がい児者のいる世帯 ・ 左記以外

③保育の希望の有無（※「保育の希望なし」を選択した場合、記入は③まで）

<input type="checkbox"/> 保育の希望あり	<input type="checkbox"/> 保育の希望なし
保護者の労働等の理由により、保育所、認定こども園（保育部分）、地域型保育において保育の利用を希望する場合	幼稚園、認定こども園（教育部分）の利用を希望する場合 利用施設名（ ）

④利用を希望する保育所等及び利用希望期間（※継続利用は第1希望に施設名を記入）

利用を希望する保育所等（第7希望以降は任意の別紙を添付）			利用希望期間
第1希望	第2希望		年 月 日
第3希望	第4希望		から
第5希望	第6希望		小学校就学前・ 年 月 日

⑤保育所等入所の選考において保留となった場合に認可外保育施設等の無償化に係る認定を受けますか。

はい いいえ（3歳児クラス以上又は2歳未満児クラスで非課税の世帯のみ対象）

⑥保育の利用を必要とする理由

続柄	保育の利用を必要とする理由
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 親族の介護等 <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()
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 親族の介護等 <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()

⑦保育の利用区分及び利用希望時間等

保育の利用区分	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（おおむね11時間） <input type="checkbox"/> 保育短時間（おおむね8時間）	※保育短時間に該当する方が保育標準時間を希望することはできません。
利用が必要な曜日	月・火・水・木・金・土	
利用が必要な時間	平日【 時 分から 時 分まで】 土曜日【 時 分から 時 分まで】	

⑧利用希望児童の状況

児童の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育中（保育者名）	<input type="checkbox"/> 次のところに預けている（施設名）
持病・疾病の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名）	（症状）
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容）	（症状）
今までにあった大きな病気・けが	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名）	（現在の状況）
身体障害者手帳等の交付状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 種 級 障害名 ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（程度 ）	
その他健康上気になること		

⑨別居している祖父母の状況

続柄	氏名	年齢	住所
父方祖父		歳	
父方祖母		歳	
母方祖父		歳	
母方祖母		歳	

⑩通園方法（希望する保育所等ごとに記入）

第1希望	自家用車・自転車・徒歩・電車	第2希望	自家用車・自転車・徒歩・電車
第3希望	自家用車・自転車・徒歩・電車	第4希望	自家用車・自転車・徒歩・電車
第5希望	自家用車・自転車・徒歩・電車	第6希望	自家用車・自転車・徒歩・電車

●町記載欄

認定の可否	<input type="checkbox"/> 可 年 月 日認定 <input type="checkbox"/> 否（理由 ）	認定区分		認定者番号	
支給の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否（理由 ）	支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日		
入所決定施設・事業者名					