

記入例

※提出部数は、児童1人につき1部です。

令和 5 年 10 月 15 日

保育園・認定こども園【施設型給付費】等 教育・保育給付認定申請書

胎内市長 井畑明彦様

保護者氏名 **胎内 太郎**

申請児童	氏名 (ふりがな) たいない ももこ	性別	生年月日	障害者手帳(※1)
	胎内 桃子	男 <input checked="" type="radio"/> 女	平成 3 年 8 月 8 日生 <input checked="" type="radio"/> 令和	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
保護者住所	入園時の住所	申込時の住所 *入園時と異なる場合のみ記入してください		
	〒959-2648 胎内市 新和町2-10	〒999-0000 □□市△△町○丁目○○番○号		
連絡先	父 : 090-0000-0000	母 : 080-1111-1111		
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)			
保育の希望の有無(※2)	無 : 教育のみの利用を希望する場合(1号) <input checked="" type="radio"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園・認定こども園において保育の利用を希望する場合(2号・3号)			

入園時の住所と同様の場合は記入しないでください

どちらか一方に○をつけてください

1号認定を希望する方

保育の希望の有無を「無」に○を記入した場合、①及び②に必要事項を記入してください。

2・3号認定を希望する方

保育の希望の有無を「有」に○を記入した場合、①～④に必要事項を記入してください。

申請する児童の世帯員 ※世帯分離、また単身赴任や離婚調停中等の理由により別居の世帯員の方を含む。	胎内 太郎	父	<input checked="" type="radio"/> H R	2 年 6 月 11 日	〇〇株式会社
	胎内 花子	母	<input checked="" type="radio"/> S H R	5 年 7 月 12 日	△△株式会社 中条営業所
	胎内 一郎	兄	<input checked="" type="radio"/> H R	30 年 8 月 22 日	きすげこども園
	胎内 一平	祖父	<input checked="" type="radio"/> S H R	38 年 4 月 26 日	◇◇工務店
	胎内 咲子	祖母	<input checked="" type="radio"/> S H R	40 年 2 月 2 日	□□病院

児童と同居する家族全員について記入してください。世帯分離している場合も、家族全員について記入してください。

「利用希望期間」は最長で小学校入学式始期までとなります。裏面の「保育の実施期間」を参考にしてください。

②利用を希望する期間、希望する園名

利用希望期間	令和 6 年 4 月 1 日から 令和 10 年 3 月 31 日まで	
利用を希望する園名	園名	希望理由
	第1希望 きすげこども園	(理由) 就労のため家庭で保育できない
	第2希望 まごころ保育園ひので	(理由) 就労のため家庭で保育できない
	第3希望 ひだまりこども園	(理由) 就労のため家庭で保育できない
	事業者番号(*)	

○ 「記入例」をよく読んでから記入してください。*印の欄は市役所記載欄ですので、記入しないでください。
○ 字は、楷書ではっきり書いてください。

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。)

必要とする理由				
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(内定を含む) 勤務先名(〇〇株式会社) 勤務時間 8時00分～17時30分 育休取得の場合 令和 年 月 日 職場復帰予定日	<input type="checkbox"/> 傷病・障がい 障がい等級 級 病名() <input type="checkbox"/> 介護等 病人名() 病名()	<input type="checkbox"/> 就学 学校名() 就学期間 年 月 日～ 年 月 日 就学時間 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他()	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(内定を含む) 勤務先名(△△株式会社中条営業所) 勤務時間 8時30分～16時30分	<input type="checkbox"/> 傷病・障がい 障がい等級 級 病名() <input type="checkbox"/> 介護等 病人名() 病名()	<input type="checkbox"/> 就学 学校名() 就学期間 年 月 日～ 年 月 日 就学時間 時 分～ 時 分 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 出産予定日: R6年2月14日
家庭の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 母子世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者世帯(同一世帯に障がい者)	裏面の「障がい者世帯について」を参考にしてください	
希望する利用期間	利用曜日 (月)・(火)・(水)・(木)・(金)・(土)	土曜日利用 有・無	希望する利用時間に○をつけてください ※注意 就労状況等により希望通りの認定にならない場合があります	
			保育標準時間(最長11時間) ・ 保育短時間(最長8時間)	

④祖父母の状況

祖父の状況		祖母の状況	
氏名	胎内 一平 (60歳)	氏名	胎内 咲子 (58歳)
住所	<input checked="" type="radio"/> 同居 別居()	住所	<input checked="" type="radio"/> 同居 別居()
父方	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 勤務先名(◇◇工務店) (勤務時間) 8時30分～17時30分 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	父方	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 勤務先名(□□病院) (勤務時間) 9時00分～17時00分 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()
母方	氏名 中条 保 (58歳) 住所 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居(新潟市〇〇区□□町1-1-1)	母方	氏名 中条 育 (56歳) 住所 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居(同左)
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 勤務先名(◇◇◇工業所) (勤務時間) 9時00分～18時00分 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 就労 勤務先名() (勤務時間) 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 疾病 <input checked="" type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()

裏面の資料を参考にしてください。