

受付番号		
児童区分	新規	在園児
兄弟姉妹		

令和 年 月 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

申請児童	氏名	性別	生年月日	障害者手帳(※1)
	(ふりがな)	男・女	平成 年 月 日生 令和 年 月 日生	無・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		
	〒胎内市	〒		
連絡先	父：	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)			
保育の希望の有無(※2)	無：教育のみの利用を希望する場合(1号) 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)			

※1 「障害者手帳」の欄は、申請する児童の障害者手帳(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者手帳等)の有無について、○で囲んでください。

※2 「1号認定」とは、認定こども園の「教育部分」を指します。(利用時間については別紙参照)
「2号・3号認定」とは、保育園、認定こども園の「保育部分」を指します。(利用時間については別紙参照)
「有」を「○」で囲んだ場合は①～④に、「無」を「○」で囲んだ場合は①及び②に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先名または学校名等	備考
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。			S H R 年 月 日		
			S H R 年 月 日		
			S H R 年 月 日		
			S H R 年 月 日		
			S H R 年 月 日		
			S H R 年 月 日		

②利用を希望する期間、希望する園名

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
利用を希望する園名	園名	希望理由	事業者番号(*)
	第1希望	(理由)	
	第2希望	(理由)	
	第3希望	(理由)	

○ 「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 type="checkbox"/> 就労(内定を含む) 勤務先名()	<input type="checkbox"/> 傷病・障がい 障がい等級 級 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
	勤務時間 時 分～ 時 分 育休取得の場合 令和 年 月 日 職場復帰予定日	<input type="checkbox"/> 介護等 病人名()	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 求職活動	病名()	
母	<input type="checkbox"/> 就労(内定を含む) 勤務先名()	<input type="checkbox"/> 傷病・障がい 障がい等級 級 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
	勤務時間 時 分～ 時 分 育休取得の場合 令和 年 月 日 職場復帰予定日	<input type="checkbox"/> 介護等 病人名()	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 出産予定日: 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 求職活動	病名()	<input type="checkbox"/> その他()
家庭の状況	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 母子世帯 <input type="checkbox"/> 父子世帯 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 障がい者世帯(同一世帯に障がい者の方がいる) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
希望する利用期間	利用曜日	土曜日利用	利用時間(保育園を希望する場合)
	月・火・水・木・金・土	有・無	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		
父方	氏名	(歳)	氏名	(歳)
	住所	同居 別居()	住所	同居 別居()
	状況	<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 type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	状況	<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 type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()
母方	氏名	(歳)	氏名	(歳)
	住所	同居 別居()	住所	同居 別居()
	状況	<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 type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()	状況	<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 type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()

※裏面左側についてもご記入願います。

