

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

新規

(宛先)千曲市長

令和 年 月 日 提出

下記のとおり、教育・保育給付認定を申請し、施設の利用を申し込みます。

| | | | |
|-----------|--|---|---------|
| 申請時点の住所 | 〒 ー | | |
| 市内転入後の住所 | 申請時点の住所が市外の場合、市内転入後の住所を記入してください。 (転入予定日：令和 年 月 日) 千曲市 | | |
| R4.1.1の住所 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ 父： 都道府県 市区町村 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ 母： 都道府県 市区町村 | |
| 保護者名 | フリガナ | 連絡先 | 自宅 - - |
| | | | 父携帯 - - |
| | | | 母携帯 - - |

| | | | | | |
|------|---|------|-----------------------|--|----------------------------|
| 児童氏名 | フリガナ | 生年月日 | 平成 年 月 日 令和 | 性別 | 年齢 |
| | | 個人番号 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | (R5.4.1現在) 歳 |
| 健康状態 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他() | | 障害者手帳等の有無 (療育手帳含む) | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | <input type="checkbox"/> アレルギーあり <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他() | | 詳細は裏面下部へ 記入してください | | <input type="checkbox"/> 無 |

| 利用の目的(複数選択可) | 利用を希望する期間 | 利用曜日 | 保育認定区分 (利用可能時間) | 実際に保育を 希望する時間 |
|--|------------|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保育利用 (保育園・認定こども園・小規模保育施設) | 令和 年 月 日から | <input type="checkbox"/> 平日のみ | <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8H) (8:30~16:30) | (利用可能時間を超える分は 長時間保育となります) |
| <input type="checkbox"/> 教育利用(認定こども園) <input type="checkbox"/> 特別利用保育 | 令和 年 月 日まで | <input type="checkbox"/> 就労のため 土曜保育希望 | <input type="checkbox"/> 保育標準時間(11H) (7:30~18:30) | |

| | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 希望する施設 | 第1希望 園 | 第2希望 園 | 第3希望 園 |
| | 希望理由 | 希望理由 | 希望理由 |

| (入園児童を除く同居者 全員記入) | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名等 | 障害者手帳等 | |
|----------------------|----|--------|------------|----------|--------|----------------------------|
| | | 父 | S・H | ・ | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | | 個人番号 | | | |
| | | 母 | S・H | ・ | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | | 個人番号 | | | |
| | | | T・S H・R | ・ | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | | T・S H・R | ・ | | <input type="checkbox"/> 有 |

| | |
|-------|--|
| 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 理由： <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> その他() 児童扶養手当受給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 無(<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 未手続) |
| | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業等 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹が同一の保育所等を希望 <input type="checkbox"/> 地域型保育事業等の卒園児 |

同意事項

- 千曲市が、教育・保育給付認定及び利用者負担額算定に必要な世帯員の情報や税務関係資料を閲覧すること。
- 保育料・保育所給食費(市からの直接徴収の場合)の未納がある場合は、児童手当を充当すること。
- 次年度一斉受付で申込みを行った場合、支給認定証は施設の利用決定とともに通知されること。
- 園(施設)の定員の状況や保育を必要とする理由の度合いにより第1希望の園(施設)に入園できない場合は、第2希望以降の園(施設)に入園となること。
- 保護者欄に記載の保護者以外が申請書を提出する場合は、下記の提出者を代理人と定め、教育・保育給付認定に係る申請の手続きに関する権限を委任すること。

(保護者と同じ場合は省略)

保護者署名

提出者氏名

保育を必要とする理由（該当する理由にチェックを入れ詳細を記入してください）

| 理由 | 【父】 | | 【母】 | |
|-----------|--------------------------|--|--|--|
| | 該当 | 詳細 | 該当 | 詳細 |
| 就労 | <input type="checkbox"/> | 1日の就労時間：__時__分から__時__分まで 就労日：□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 通勤時間：平均__時間__分(片道) | <input type="checkbox"/> | 1日の就労時間：__時__分から__時__分まで 就労日：□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 □祝日 通勤時間：平均__時間__分(片道) |
| 妊娠・出産 | - | - | <input type="checkbox"/> | 出産(予定)日：令和__年__月__日 |
| 疾病・障がい等 | <input type="checkbox"/> | 診断・障がい名： | <input type="checkbox"/> | 診断・障がい名： |
| 介護・看護 | <input type="checkbox"/> | 被介護・看護者の氏名： | <input type="checkbox"/> | 被介護・看護者の氏名： |
| | | 申請児童との続柄： | | 申請児童との続柄： |
| | | 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週__回) | | 受診等の状況：□入院中 / □通院(月・週__回) |
| | | □通所・通学(週__回) 施設名： | | □通所・通学(週__回) 施設名： |
| 災害復旧 | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 求職活動等 | <input type="checkbox"/> | □求職活動中(予定) □開業準備中 令和__年__月__日開業予定 | <input type="checkbox"/> | □求職活動中(予定) □開業準備中 令和__年__月__日開業予定 |
| 就学 | <input type="checkbox"/> | □学校教育法に基づく学校への在学及び通学 学校名：(__ 年制) 就学期間：令和__年__月入学__年次 | <input type="checkbox"/> | □学校教育法に基づく学校への在学及び通学 学校名：(__ 年制) 就学期間：令和__年__月入学__年次 |
| | | □職業訓練受講 令和__年__月__日から__年__月__日まで | | □職業訓練受講 令和__年__月__日から__年__月__日まで |
| 育児休業 | <input type="checkbox"/> | 令和__年__月__日から__年__月__日まで | <input type="checkbox"/> | 令和__年__月__日から__年__月__日まで |
| 虐待やDVのおそれ | <input type="checkbox"/> | □相談経過あり(相談先機関名：__) □相談経過なし | <input type="checkbox"/> | □相談経過あり(相談先機関名：__) □相談経過なし |
| その他 | <input type="checkbox"/> | 保育を行うことが困難と認められる内容 | <input type="checkbox"/> | 保育を行うことが困難と認められる内容 |
| 具体的な状況 | 特記事項がある場合、記入してください。 | | <input type="checkbox"/> 特別利用保育を希望 __年__月__日から__年__月__日まで | |

同居世帯のなかで障害者手帳等の交付を受けている者(児)の児童との続柄および個人番号を記入してください。また、該当項目に○をし、交付・開始年月を記入してください。 ※個人番号は、父母・当該児童は省略できます。

| 児童との続柄 | 氏名 | 障害者手帳等の種類および交付・開始年月 | | |
|--------|----|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 個人番号 | | 障害者手帳等 (身体・精神・療育) H・R 年 月 交付 | 特別児童扶養手当 H・R 年 月 受給開始 | 障害基礎年金 S・H・R 年 月 受給開始 |
| | | 障害者手帳等 (身体・精神・療育) H・R 年 月 交付 | 特別児童扶養手当 H・R 年 月 受給開始 | 障害基礎年金 S・H・R 年 月 受給開始 |