

(表)

記入例

様式第1号(第2条、第6条関係)

令和3年4月1日時点の年齢に○付けてください。

0歳・1歳	<input checked="" type="radio"/> 2歳	3歳・4歳・5歳
1. 新規	<input checked="" type="radio"/> 2	継続

子どものための教育・保育給付認定申請書兼入園申請書

記入された日

施設型給付費・地域型保
(認定こども園・幼稚園)

新入園の方は1. 新規
在園児の方は2. 継続に
○を付けてください。

保護者の押印を
忘れずに。
シャチハタは使用
できません。

申請年月日: 年 月 日

申請 保護者住所 **鞍手郡小竹町大字○○△△××番地**

小竹町長 様

保護者氏名

小竹

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

生年月日 **昭和○○年△月××日**

個人番号 ××××××××××××××

自宅電話番号 **09496-0-△△××**

次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定について、関
地方税法等に係る諸帳簿、台帳を確認される
免除の有無を保育施設等に対して提示するこ

日中に連絡の取れる電話番号
をご記入ください。

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

① 利用を希望する施設について

申請に係る 小学校就学 前子ども	フリガナ 氏名 コタケ ジロウ	個人番号 ××××××××××××××	生年月日 平成00年0月00日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	障害者手帳 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	氏名 小竹 次郎	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。	申請保護者との続柄 長男		
緊急連絡先	1 090-0000-0000 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	2 090-0000-0000 父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()			
健康・発達状況	<input checked="" type="radio"/> 良好 ・ 不明 ・ 病気等(名称:)				
アレルギーの有無	なし ・ 不明 ・ <input checked="" type="radio"/> あり(種類: アーモンド)				
食事制限	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり(種類:)				
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、 保育所等の利用を希望 (幼稚園等との併願を含む) <u>【①~④まで記入してください】</u>				
	<input type="radio"/> 無: 幼稚園等の利用を希望 <u>【①~③まで記入してください】</u>				

必ず、どちらかに○を付けてください。
認定こども園の利用を希望する場合は、「保育部分」の希望、又は「教育部分」のみの希望で判断してください。

規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
います。
いて

利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	小竹こども園 (希望理由)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他()	事業所番号*
	第2希望	○○ 保育園 (希望理由)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input type="checkbox"/> その他()	
	第3希望	△△ 認定こども園 (希望理由)	<input type="checkbox"/> 自宅職場に近い <input type="checkbox"/> 兄弟等入園 <input checked="" type="checkbox"/> その他(幼児教育の興味があるため)	
利用を希望する期間	××年 ×月 ×日 から <input checked="" type="radio"/> 就学前 年 月 日 まで			

「就学前」を選択、又は期間を記入してください。

裏面に続く →

③ 世帯の状況

令和2年1月1日時点の住所で☑を入れてください。

(世帯分離を含む全ての世帯員を記入してください。)

区分	フリガナ 氏名	個人番号										職業又は 学校名等	課税の 有無	障がい の有無	同居・別居
		年1月1日時点の住所													
児童の 世帯員		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)				
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居
		年	月	日	男	女	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	町内	町外	(市・町・村)		有・無	有・無	同居・別居

届け出済みの番号から変更のない場合は、記入の必要はありません。

「保育の希望」が「有」の場合には、保育の利用を必要とする理由で当てはまるものについて、保護者ごとに☑を入れ、それを証明できる書類を提出してください。

④ 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を記入してください。

続柄	必要とする理由		備考
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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))	
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input 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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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))		
希望する 利用時間	利用曜日 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜	利用時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間を選択できる要件だが、特に短時間を希望する。	

保育の利用を必要とする具体的な状況(勤務状況等)をご記入ください。

※保育短時間しか設定できない要件の場合は、希望の表示がなくても、「短時間」で設定します。

○優先利用事由情報

優先利用事由	
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業	<input type="checkbox"/> 虐待・DV等 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟同時利用 <input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園児 <input type="checkbox"/> その他 ()

該当項目がある場合は、ご記入ください。

○留意事項

留意事項	
------	--

----- ここから下は、施設(事業所)の記入欄です。 -----

*施設記載欄(施設(事業所)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	
施設(事業者)名	(事業者名) (事業者番号:)
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	