

施設型給付費・地域型保育給付費等
教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書
河合町長 殿 令和 年 月 日

※役場記入欄

入所決定施設名 かがやき・西大和 町外()
既に入所している児童の有無 有・無
同時入所希望児童の有無 有・無

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

また、町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯含む)及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担及び児童の情報等について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

①連絡先

現住所 〒 636-0053 河合町 池部1丁目1番1号	電話番号
	携帯(父) 090-0000-1234
本年1月1日時点の住所(上記と異なる場合)	携帯(母) 080-△△△△-5678
昨年1月1日時点の住所(上記と異なる場合) 大阪府大阪市〇〇〇1番地1	その他(自宅) 0745-☆☆-3456

②世帯の状況

区分	氏名・個人番号(マイナンバー)	続柄	性別	生年月日	職業 学校名	市町村民税の 課税状況
申請子ども	(フリガナ) カワイ スナマル 河合 すな丸 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 0: 0: 0	本人	男・女 ⊙ ⊙	H 3年 4月2日		有・無
申請子どもの世帯員(同居の親族全員)	(フリガナ) カワイ タロウ 河合 太郎 0: 0: 0: 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9	父・母 ⊙ ⊙	男・女 ⊙ ⊙	S 2年 10月24日	(株)奈良銀行	有・無
	(フリガナ) カワイ ハナコ 河合 花子 0: 0: 0: 9: 8: 7: 6: 5: 4: 3: 2: 1	父・母 ⊙ ⊙	男・女 ⊙ ⊙	S 3年 6月12日	奈良商事	有・無
	(フリガナ) カワイ ハナ 河合 はな 9: 8: 7: 6: 5: 4: 3: 2: 1: 0: 0: 0	姉	男・女 ⊙ ⊙	H 30年 9月21日	〇〇〇〇 こども園	有・無
	(フリガナ) _____ _____		男・女 ⊙ ⊙	年 月 日		有・無
	(フリガナ) _____ _____		男・女 ⊙ ⊙	年 月 日		有・無
生活保護の適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月 日保護開始)	ひとり親世帯		<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当		
障がい者手帳(身体精神療育)の交付を受けた世帯員	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名)	特別児童扶養手当支給対象である世帯員		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(氏名) 河合 はな		

同居の親族の方を全てご記入ください。(世帯分離を含む)

該当のある方へ、し点チェックをしてください。

③利用を希望する期間、施設名

利用を希望する期間	令和 〇 年 4 月 1 日 ~ 令和 △ 年 3 月 末日まで		
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	〇〇〇保育園	希望理由 自宅から近いため
	第2希望	☆☆☆こども園	希望理由 自宅から近いため
	第3希望	△△△保育園	希望理由 勤務地から近いため

希望する施設を第3希望まで記入して下さい。希望理由は具体的に記入して下さい。

④申請子どもについて

申請子どもの健康状態等	○ 心身障がい等の手帳の有無について	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳	
	○ 定期健診は受けましたか？	<input checked="" type="checkbox"/> 4か月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 10か月健診	<input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 3歳6か月健診	
	○ 健診時に相談や助言を受けたことがありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
	○ 大きな病気(入院等)にかかったことはありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
	○ 現在、通院中の病気はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
	○ アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	動物(犬・猫)		
	○ その他、気になることはありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			

1号認定をご希望の方は、⑦へ進んでください。

⑤保育の希望の有無

保育希望の有無(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	保護者の就労又は疾病等の理由により、保育施設等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等との併願を含む。)
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)

※「保育施設等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
 ※「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
 ※「無」を○で囲んだ場合、⑦へ進んでください。(「有」を○で囲んだ場合は、⑥も記入してください。)

⑥保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他()		
希望する曜日・時間	利用曜日		利用時間
	月 曜日 から 土 曜日		9時00分～15時00分まで(月 曜日～金 曜日) 9時00分～16時00分まで(土 曜日～土 曜日)
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(1日11時間まで)	<input checked="" type="checkbox"/> 保育短時間(1日8時間まで)	
利用料滞納状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年～ 年分 氏名: 分)		

⑦確認事項

次の事項について確認し、□欄にし点チェック及び署名をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	利用手続きに必要な書類は、申込み締切日までに必ず提出してください。また、支給認定の内容が変更になった場合は各月15日までにご連絡ください。書類の審査後、変更となる場合は書類提出の翌月から変更となります。	
<input checked="" type="checkbox"/>	保育施設等を利用できる方は、保育を必要とする事由がある方のみとなります。退職や離職等により保育を必要とする事由がなくなった場合は、支給認定が取り消され、保育の利用解除(退所)となります。	
<input checked="" type="checkbox"/>	同住所に住民票がある方(世帯分離や二世帯住宅等を含む)のうち65歳未満(保育の実施希望開始時点の年齢)の方は保育を必要とする事由の証明書の提出が必要となります。	
<input checked="" type="checkbox"/>	申込み後、就労や世帯等の状況に変更が生じた場合は、早急に役場窓口申し出てください。申込み内容が事実と異なる場合、支給認定や利用決定を取り消しますのでご注意ください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	希望する施設については、各園の指示に従い見学や説明を事前に受けてください。なお、詳細は各施設にお問合わせください。また、健康状況について留意する点がある場合は、必ず施設に対して説明を行ってください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	他市町村の施設の入所を希望する場合は、入所決定の可否は施設所在地の市区町村の判断となり、結果通知が大幅に遅れることがありますので、早知したうえでお申し込みください。また入所できない場合もございますのでご注意ください。	
<input checked="" type="checkbox"/>	施設入所決定後、利用料を滞りなくお支払いください。滞りなくお支払いいただけない場合は、本契約不履行の場合、財産の差押え等の処分を受けても異議申し立てしませんが、また必要に応じて提供されることに同意します。	
<input checked="" type="checkbox"/>	保育所利用料は1か月分です。月の途中で退園した場合は、在籍している限り、実際の登園状況にかかわらず、1か月分の利用料がかかります。	
<input checked="" type="checkbox"/>	利用料は、世帯の税額(父・母の税額を合算)に基づき算定されます。子どもも同居している場合や、別居されても戸籍上児童の親権者である場合は、父税の場合、同居している祖父母等の税額を合算し、利用料を算定します。	
<input checked="" type="checkbox"/>	税額が変更になった場合は、利用料の見直しを行いますので、変更の可能性がある場合があります。修正申告等により税額が変更になった場合には、利用料の見直しをお願いします。	
<input checked="" type="checkbox"/>	適正に利用料の算定及び徴収がなされることとなります。資料(例)妊娠状況や子どもの発達状況等)の提供を求められます。また、連携機関からの求めに応じ資料を提供することとなります。	

全ての項目にし点チェックを入れ、ご署名をお願いします。

河合町長 殿

保育所等入所申込みにあたり、本確認事項内の内容を理解し、上記全ての事項について同意します。

令和 年 月 日
 保護者氏名 河合 太郎