

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

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保護者連絡先

| | | | |
|-----------------------|---------------|------------|---------------|
| 申請者 | 河合 太郎 | 電話番号 | |
| 住所 | 河合町 池部1丁目1番1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○○○1番地1 | その他 () | 0745-☆☆-3456 |

②世帯の状況

| 区分 | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 学校名 |
|-----------------|---------------------------|----|----|---------------------|-------------------|
| 申請児童 | (フリガナ) カワイ スナマル 河合 すな丸 | 本人 | 男 | 令和 5 年 4 月 2 日 | ※申込時点 |
| 児童の世帯員(同居の親族全員) | (フリガナ) カワイ タロウ 河合 太郎 | 父 | 男 | 平成 2 年 10 月 24 日 | (株)奈良銀行 ※4/1時点 |
| | (フリガナ) カワイ ハナコ 河合 花子 | 母 | 女 | 平成 3 年 6 月 12 日 | 奈良商事 ※4/1時点 |
| | (フリガナ) カワイ ハナ 河合 はな | 姉 | 女 | 令和 2 年 9 月 21 日 | ○○こども園 ※4/1時点 |
| | (フリガナ) _____ _____ | | | 年 月 日 | |
| | (フリガナ) _____ _____ | | | 年 月 日 | |

同居の親族の方を
全て記入してくださ
い。
(世帯分離を含む)

該当のある方へ、レ点
チェックをしてください。

| | |
|----------------------------|---|
| 生活保護の適用 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(平成・令和 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 |

※以下は申込み時点で該当する方のみ記入してください

| | |
|--------------|----------------------------|
| 出産予定日 | 令和 ○ 年 8 月 ▲ 日 |
| 産前産後休暇取得予定期間 | 令和 ○ 年 7 月 ■ 日 ~ 令和 ○ 年 10 |
| 育児休業取得予定期間 | 令和 ○ 年 10 月 ● 日 ~ 令和 △ 年 8 |

希望する
施設を第3
希望まで
ご検討の
上記入し
て下さい。

③利用を希望する期間・施設名

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------|-----------------|
| 利用を希望する期間 | 令和 ○ 年 4 月 1 日 ~ 令和 △ 年 3 月末 | | |
| | 施設名・希望理由 | | |
| 利用を希望する 施設(事業者)名 | 第1希望 | ○○○保育園 | 希望理由 自宅から近い |
| | 第2希望 | ☆☆☆こども園 | 希望理由 自宅から近い |
| | 第3希望 | △△△保育園 | 希望理由 勤務地から近い |

④申請児童について

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|--|---|----------------------------------|
| 健康 申請 状況 児童 等の | ○ 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 | |
| | ○ 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号認定を希望の方⇒無を選択して⑦へ進んでください。
・2・3号認定を希望の方⇒有を選択して⑥へ進んでください。

⑤保育の希望の有無

| | | |
|---------|---|--|
| 保育希望の有無 | 有 | 保護者の就労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(幼稚園等との併願を含む。) |
| | 無 | こども園(教育部分)・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。) |

⑥保育の利用を必要とする理由 等 (⑥は⑤で有を選択した場合のみ記入してください。)

| | | | | | | | |
|---------------|--|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| | 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 |
| 通勤手段・通勤距離・時間 | 続柄 | 通勤手段 | | 通勤距離・時間 | | | |
| | 父 | <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 | <input type="checkbox"/> 徒歩 | <input type="checkbox"/> 自転車 | 【片道】 8 km / 時間 30 分 | | |
| | 母 | <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 | <input type="checkbox"/> 徒歩 | <input type="checkbox"/> 自転車 | 【片道】 km / 時間 分 | | |
| 希望する曜日・時間 | 利用曜日 | | 必要時間 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 月 | <input checked="" type="checkbox"/> 火 | <input checked="" type="checkbox"/> 水 | <input checked="" type="checkbox"/> 木 | <input checked="" type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 | 8 時 30 分 ~ 16 時 00 分 |
| 希望する保育必要量 | <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(1日最大11時間まで) | | <input type="checkbox"/> 保育短時間(1日最大8時間まで) | | | | |
| 利用料滞納状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有(年 ~ 年分) | | | | |

保育の必要量を決定する際に通勤時間を加味します。

就労時間+通勤時間の範囲内で保育が必要な時間を記入してください。

⑦個人番号(マイナンバー)記載欄

| | | |
|------|------------|--------------------------|
| 申請児童 | 氏名: 河合 すな丸 | 個人番号: 1234 - 5678 - 9000 |
| 保護者 | 氏名: 河合 太郎 | 個人番号: 0001 - 2345 - 6789 |
| 配偶者 | 氏名: 河合 花子 | 個人番号: 0009 - 8765 - 4321 |
| 同居親族 | 氏名: | 個人番号: - - |
| 同居親族 | 氏名: | 個人番号: - - |

※役場記載欄

| | | |
|---------|---|--|
| 入所決定施設名 | 既に入所している児童の有無 | 同時入所希望児童の有無 |
| | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 支給認定証番号 | 認定区分 | 保育必要量 |
| | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (歳児) | <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 |

※施設記載欄(施設を経由して河合町に提出する場合)

| | |
|---------|----------|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 施設名 | |
| 担当者・連絡先 | / |