

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			電話番号	
住所	河合町	携帯(父)		
本年1月1日時点の住所（上記と異なる場合）		携帯(母)		
昨年1月1日時点の住所（上記と異なる場合）		その他 ()		

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 児童の世帯員（同居の親族全員）	(フリガナ)	本人		年 月 日	※申込時点
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
	(フリガナ)		年 月 日	※4/1時点	
生活保護の適用		<input 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 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 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 type="checkbox"/> 有（氏名）			
※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 月 日			
産前産後休暇取得予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
育児休業取得予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

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 月 1 日 ~ 令和 年 月 末日まで			
利用を希望する 施設（事業者）名	施設名・希望理由			
	第1希望		希望理由	
	第2希望		希望理由	
	第3希望		希望理由	

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 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 type="checkbox"/> 4か月健診	<input type="checkbox"/> 10か月健診	<input 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 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 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 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 type="checkbox"/> はい			
	○ その他、気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			

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			
		<input 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()			
通勤手段・通勤距離・時間	続柄	通勤手段		通勤距離・時間	
		<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 最寄り駅() ↔ ()		【片道】 km / 時間 分	
希望する曜日・時間	続柄	利用曜日		必要時間	
		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		時 分 ~ 時 分	
希望する保育必要量	<input 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年~ 年分 氏名: 分)				

⑦個人番号(マイナンバー)記載欄

申請児童	氏名:	個人番号:	-	-
保護者	氏名:	個人番号:	-	-
配偶者	氏名:	個人番号:	-	-
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	/