

- ・継続
- ・新規

教育・保育給付2・3号認定申請書兼施設利用申込書 (施設型給付費・地域型保育給付費)

年 月 日

香芝市長 様

〒
申請者(保護者)住所
香芝市

申請者(保護者)氏名

自宅・携帯電話

次のとおり、教育・保育給付認定(施設型給付費・地域型保育給付費)及び施設の利用を申請します。

児童名	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	※兄弟姉妹で利用される場合は、希望される方にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 希望順位が低くても兄弟姉妹同じ施設を希望 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹別々でも希望順位の高い施設を希望
		男・女		
現在入所(園)している施設	有・無	※既に入所(園)している施設があれば下記に施設名を記入してください。		<input type="checkbox"/> 教育利用(1号認定) <input type="checkbox"/> 保育利用(2・3号認定)

① 希望する施設(事業者)名、利用を希望する期間

認定の希望	<input type="checkbox"/> 保育を希望(2・3号認定) ※保育所(園)・認定こども園(保育利用)・地域型保育事業(小規模保育園等)を希望する場合		
	(保育を希望する場合のみ、保育必要量を選択)	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 ※保護者全員が月120時間以上の就労をしている場合(通勤時間を含む。)等	<input type="checkbox"/> 保育短時間 ※保護者の1人が月120時間未満の就労をしている場合(通勤時間を含む。)等
	<input type="checkbox"/> 教育・保育給付認定のみを希望 ※企業主導型保育園を利用する場合等		
希望施設名	第1希望	第2希望	第3希望
保育の実施を希望する期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで		

② 児童の家庭状況

児童の世帯員(本人を含む。)	(フリガナ)氏名	個人番号(12桁)	児童との続柄	生年月日	職業または学校・幼稚園・保育所(園)等の施設名	備考	
生活保護の状況	適用なし・適用あり(年 月 日 生保開始・休廃止)				ひとり親の状況	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
障害者手帳(身体・療育・精神)の交付を受けた世帯員	有・無	氏名	特別児童扶養手当支給対象者(または国民年金の障害基礎年金等の受給者のいる)である世帯員		有・無	氏名	
転入年月日	年 月 日		今年の1月1日時点の住所(現在の住所と違う場合のみ)				
			昨年の1月1日時点の住所(現在の住所と違う場合のみ)				

(裏面に続く。)

③ 保育の利用を必要とする理由等 ※就労先等に確認させて頂くことがあります。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	勤務時間等
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休 <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"/> その他()	: ~ :
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休 <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"/> その他()	: ~ :	

④ 児童の健康状態等

児童の健康状態等	<input type="checkbox"/> 妊娠・出生時に異常はありましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
	<input type="checkbox"/> 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歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳半健診
	<input type="checkbox"/> 健診時に指導や指摘を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
	<input type="checkbox"/> 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 ()
	<input type="checkbox"/> 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 ()
	<input type="checkbox"/> アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
<input type="checkbox"/> 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 税情報等の提供に当たっての署名欄

1 入所児童の保育料決定及び副食費免除の判定に際して所得状況を確認するため、市職員が世帯全員(世帯分離等も含む)の課税台帳等を閲覧することに同意します。

2 入所児童の世帯状況等を確認するため、市職員が世帯全員(世帯分離等も含む)の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

3 申請に関する書類等の内容について、適正であるかを確認する必要がある場合は、その調査をされることに同意します。

4 申請後において、世帯構成(結婚、離婚など)や該当する保育の必要性の事由(就労状況、妊娠、出産など)に変更が生じた場合は、変更したことを速やかに届け出ます。

保護者氏名 _____

記入上の注意

この教育・保育給付認定申請書兼施設利用申込書は、次の点に注意しながらご記入ください。なお、その家庭から2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。

- 「申請者(保護者)住所」、「自宅・携帯電話」欄は、連絡のつきやすい番号を記入してください。
- 「児童名」の欄は「氏名」にフリガナを付し、「性別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 「① 希望施設名」の欄は、第1希望から第3希望までの施設名を記入してください。
- 「① 利用を希望する期間」の欄は、小学校就学前又は保育の実施を必要とする期間を記入してください。
- 「② 児童の家庭状況」の欄は、申請児童本人を含む両親及び同居している親族等の全員について記入してください。なお、転入者のみ、保育料の決定及び副食費免除の判定のために必要な書類を添付してください。
- 「③ 保育の利用を必要とする理由等」の欄は、該当するものにレ点を入れて、勤務時間の記入をお願いします。なお、保育の利用を必要とする理由について、具体的な状況が確認できる書類を添付してください。
- 「④ 児童の健康状態等」の欄は、該当するものにレ点をいれて、内容等の説明が必要な場合は()に記入してください。
- 「⑤ 税情報等の提供に当たっての署名欄」は、署名欄の記載の内容を確認の上、署名してください。

(留意事項)

- ◎ 教育・保育給付認定(保育の必要性の認定)及び施設(事業者)への入所については、次に掲げる場合に該当するときは、希望に沿うことができませんので、あらかじめご了承ください。
 - ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
 - ・ 希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
 - ・ 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合
- ◎ 支給認定証の発行を希望される場合は、支給給付認定証発行依頼書の提出をお願いします。
- ◎ 利用開始後に申込みの内容と家庭状況の事実とに相違があることが判明した場合は、利用の承諾を取り消すことがありますので、あらかじめご了承ください。