

子どものための教育・保育給付認定申請書兼認可保育施設利用申込書

(宛先) 鶴ヶ島市長		保 護 者 氏 名	
次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る認定(認可保育施設の利用の申込み)を申請します。			
保 護 者 氏 名 居 住 地 連 絡 先	(居住地) 鶴ヶ島市		
	(連絡先)	(父の携帯電話)	(母の携帯電話)
保育の希望の有無	有:	保護者の労働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	
	無:	幼稚園等の1号認定を希望する場合	

- ・「保育所等」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。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①～③に、「無」を○で囲んだ場合は②、④、⑧に必要な事項を記入してください。

①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により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	保育を必要とする理由	
	父	<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"/> 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))	
	母	<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"/> 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))	

②世帯の状況(個人番号は、申請に係る小学校就学前子ども及び申請を行う保護者について記載してください。)

児 童 分	区	(ふりがな)	続柄	生年月日	職業	障害者手帳の有無	R5.1.1時点の所在地(市外の場合のみ)
		氏名	性別	当年度4/1年齢	学校	手帳の等級	
申小前 請学子 に校ど 係就も る学				H. R 年 月 日 歳		有・無	
			男・女				
保 護 者				S. H. R 年 月 日 歳		有・無	
			男・女				
そ の 他 の 世 帯 員				S. H. R 年 月 日 歳		有・無	
			男・女				
生 活 保 護 の 状 況				S. H. R 年 月 日 歳		有・無	
			男・女				
生活保護の状況			適用なし	適用あり(年 月 日 保護開始)			

③母子、父子家庭について

原因	離婚・別居・失踪・死亡・その他()	
	年 月 日	養育費の仕送り 有・無 (月額 円)

④利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

第1希望	(理由)	第6希望	(理由)
第2希望	(理由)	第7希望	(理由)
第3希望	(理由)	第8希望	(理由)
第4希望	(理由)	第9希望	(理由)
第5希望	(理由)	第10希望	(理由)

上記以外の保育園も希望する 【※御案内した園に必ず面接に行ってください】

保育の実施を希望する期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
 義務教育就学前 まで

⑤祖父母の状況

父	祖	有	同居	住所	TEL	職業	健康
	父	無	別居	氏名			
方	祖	有	同居	住所	TEL	職業	健康
	母	無	別居	氏名			
母	祖	有	同居	住所	TEL	職業	健康
	父	無	別居	氏名			
方	祖	有	同居	住所	TEL	職業	健康
	母	無	別居	氏名			

⑥本児とその他の就学前の児童の保育状況

本児	他児	(母親・父親・祖母・祖父)が保育している。
本児	他児	(保育園 ・ 幼稚園)に預けている。 ※園名記入のこと。

⑦兄弟姉妹の入所（同時に2人以上申し込む場合）

同時に同じ施設に入所できる入所できるまで待つ

同時に入所することを優先し、兄弟姉妹で異なる施設でもよい

1人だけでも入所を希望する。(□どの子が先でもよい・□本児から先・□他児(児童名:)から先)

本児が入所できなかった場合、兄弟姉妹と同じ施設のみで待つ(同施設希望)

本児が入所できなかった場合、兄弟姉妹と異なる施設でもよいので待つ

※希望が低い施設であっても、それぞれ兄弟姉妹で同じ施設での入所を優先に審査します。
 別の施設であっても、それぞれ希望が高い施設への入所を希望する方は受付職員にその旨をお伝えください。

⑧税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び食事の提供に要する費用について、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。

保護者氏名

***市記載欄 (以下、記入は不要です)**

認定の可否	可・否(理由)	認定者番号	認定区分等
支給の可否	可・否(理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
<input type="checkbox"/> 施設型	<input type="checkbox"/> 地域型	<input type="checkbox"/> 特例施設型	<input type="checkbox"/> 特例地域型
			(<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

入所契約(内定)の有無 有 無

申請に係る就学前の子どもの教育・保育について、当園と契約(内定)をしたことを証明します。

施設(事業者)名

(宛先) 鶴ヶ島市長

年 月 日