

記入例(2・3号認定用)

様式第1号(第4条関係)

教育・保育給付認定申請書兼保育所等利用申込書

〇年 〇月 〇日

あきる野市長 殿

あきる野市福祉事務所長

**世帯主の
自筆による署名
又は記名押印**

提出日を記入

保護者氏名 あきる野 一郎

次のとおり、子どものための教育・保育給付
保育所等の利用を希望する。

アパート・マンション名も記入してください

フリガナ 申請に係る 児童氏名	アキル/ ジロウ あきる野 二郎	月日	〇〇年 〇月 〇日
保護者居住地 ・電話番号	〒190-0000 あきる野市〇〇 〇丁目〇〇番地〇〇 あきる野パレス〇〇〇号 ・自宅〇〇〇-〇〇〇〇・母携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇・父携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
認定証番号	・既に教育・保育給付認定を受けている場合は、記入してください。		
保育の利用の 希望の有無 (※)	<input checked="" type="radio"/> 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 する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。） <input type="radio"/> 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、居宅訪問型保育及び事業所内保育をいいます。

・「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園（教育部分）をいいます。
 ・「有」に○を付けた場合は、記入してください。

(記入上の注意事項)

- 1 保護者氏名については、
- 2 該当するものを○で囲み、

世帯分離、二世帯住宅、同一敷地内に住む祖父母、叔父、叔母、親族等、婚姻関係のない同居人、生活実態のある方等すべて記入してください。

①家庭の状況

	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日 個人番号	職業等	備考
保護者	アキル/ イチロウ あきる野 一郎	父	S〇〇年〇月〇日 000000000000	会社員	
	アキル/ ハナコ あきる野 花子	母			
他の同居の家族	アキル/ ジロウ あきる野 二郎	本人	R〇〇 000000000000	申込中	
	アキル/ ハナ あきる野 花	姉	H〇〇年〇月〇日 000000000000	〇〇 小学校4年生	
	アキル/ タロウ あきる野 太郎	兄	〇〇年〇月〇日 000000000000	〇〇 幼稚園年長	
	アキル/ ミドリ あきる野 緑	叔母	H〇〇年〇月〇日 000000000000	会社員	
	トウキョウ ケイ 東京 恵	同居人	H〇〇年〇月〇日 000000000000	会社員	
生活保護法の適用の有無	有 (〇〇年 〇月 〇日保護開始) ・ <input checked="" type="radio"/> 無				
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外				

12桁の個人番号を記入して下さい。

20歳以上65歳未満の親族、同居人等がいて、就学や就労している証明書の提出がない場合は、利用調整させていただきます。

入所日時点の状況を記入してください。

該当者する方にチェックしてください。

生活保護受給中の方は‘有’に丸をつけ、開始年月日を記入してください。

希望を記入してください。認定結果によっては希望通りにならない場合があります。

事 由		備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧	
	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 配偶者死亡 <input type="checkbox"/> 在宅介護	
母	<input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> 妊娠	
	<input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用希望曜日	月、火、水、木、金	
利用希望時間	〇〇時 〇〇分から 〇〇時 〇〇分まで	

注)産前産後要件で申請した場合は、期間限定の入所になります。
注)求職活動要件で申請した場合は、入所月を含む3ヶ月間の限定です。期限までに勤務証明書が提出されれば入所継続できます。

③利用を希望する期間、施設（事業者）名等

利用を希望する期間	●●年 ●月 1日から ●●年 3月31日まで		見学
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望 ●●保育園 (理由) 自宅から近い	未	済
	第2希望 ▲▲▲▲ (理由) 小規模保育施設のため	未	済
	第3希望 ■■■■ (理由) 小人数で保育が受けられるため	未	済
	第4希望 (理由)		済
	第5希望 (理由)		済

必ず見学を済ませておいてください。

④児童2人以上の申込みをする方

希望する保育施設等を記入してください。
※第6希望以降は余白に記入してください。

1	入所を希望する。(2にお進みください。)
2	希望する。(児童3人以上の申込みをされる方は、3にお進みください。)
2	<input type="checkbox"/> 全員が同じ施設(事業者)に入所できなければ待つ。(質問は以上です。) <input type="checkbox"/> 施設(事業者)が別々であっても入所を希望する。(質問は以上です。)
3	入所できる児童が複数であった場合(例:3人の申込みのうち2人が入所できる場合) <input type="checkbox"/> 同じ施設(事業者)に入所できるまで待つ。(質問は以上です。) <input type="checkbox"/> 施設(事業者)が別々であっても入所を希望する。(質問は以上です。)
備考	その他、希望する内容を記入してください。 ・きょうだいが入所申請される場合、上記の1~3以外で補足説明がある場合は記入してください。

⑤課税情報等の調査等に当たっての同意欄

利用者負担額決定のため、あきる野市が保護者等の課税状況及び世帯情報について調査・確認すること、その結果を児童福祉センター等に提供すること並びに児童の安全確保、教育・保育等について調査・確認すること、その情報を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

ご本人それぞれ自筆による署名又は記名押印してください

保護者氏名 あきる野 一郎 保護者氏名 あきる野 花子

⑥父母の状況

区分	母の状況	父の状況
就 労 の 状 況	就労形態 常勤 パート アルバイト 派遣 契約 自営中心者 自営協力者 内職 就職内定 その他 (求職中)	常勤 パート アルバイト 派遣 契約 自営中心者 自営協力者 内職 就職内定 その他 ()
	勤務先名称	あきる野小学校
	派遣の場合、 派遣元を記入	
	勤務場所	あきる野市〇〇 〇〇番地
	勤務先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	採用(開業)年月日	年 月 日 H〇〇年 〇月 〇日
	就労時間等 時 分～時 分 1日平均 時間・週平均 日間 月平均 日間・休日 曜日	8時00分 ~ 17時00分 1日平均 9時間 ・週平均 5日間 月平均 20日間 ・休日 土・日 曜日
	仕事の内容	教員
	平均月収 (税込み) 円	400,000 円
	産休期間	年 月 日～年 月 日
育休期間	年 月 日～年 月 日 (□母 ・ □父)	
妊娠・出産	出産(予定)日 年 月 日	
就 労 以 外 の 状 況	疾病・負傷 病名 () 年 月 日 回) 治療予定 ()	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>就労(勤務証明書)要件以外の方は、要件に合わせた書類が必要になります。母子手帳の写し、診断書、手帳の写し、介護・看護スケジュール、介護保険証の写し、在学証明証、時間割表など</p> </div>
	障害 障害名 () 手帳 有 () 度) 手帳 有 () 手帳 級・度) 無	
介護・看護	氏名・続柄 () 年 月から 病名 () 自宅・入院中・通院・その他 () 毎日・週 日 時 分～時 分	氏名・続柄 () 年 月から 病名 () 自宅・入院中・通院・その他 () 毎日・週 日 時 分～時 分
在学・ 職業訓練	学校名 () 年 月入学 受講日 週 日 時 分～時 分 就学・職業訓練・その他 ()	学校名 () 年 月入学 受講日 週 日 月終了予定 時 分～時 分 就学・職業訓練・その他 ()
その他	死亡・離婚・未婚・行方不明・拘禁 その他 () 年 月から 養育費：有 (月額 円) ・ 無	

該当者は記入してください。

⑦児童の状況等

住居の状況		1 自家	<input checked="" type="radio"/> 2 借家・アパート	3 その他 ()
児童の状況	障害の有無	有・無	内容	
	アレルギーの有無	有・無	内容(症状)	
	アトピーの有無	有・無	内容(症状)	
	起こしやすい病気の有無	有・無	別紙に記入してください 息 3 下痢 6 その他 ()	
	現在治療中の病気の有無	有・無	病名 () 通院医療機関 ()	
発育状況	1 特に発育の遅れ等は見受けられない。 2 (視覚・聴覚・言語・運動機能) に問題があると思われる。 3) 4)			
	健康の有(指導内容)) ・ 無		
保育の状況	<input checked="" type="radio"/> 1 自宅で保育している	保育者 氏名	あきる野 花子 続柄 母	
	2 個人に預けている	預け先 住所		
	3 職場に連れて行く。	氏名	関係	費用
	4 保育園、認証保育所等 名称	() 年 月 日入所)		
その他の状況	祖父母の状況(いない場合は、不)			
		氏名	年齢	就労
	祖父	あきる野 大地	63	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 良 あきる野市〇〇 〇〇番地
	祖母	あきる野 泉	61	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 入院中 "
	祖父	五日市 大和	70	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 良 〇〇県〇〇市
祖母			有・無 ✓	
同居の家族が児童の保育に当たれない事情を記入してください。				
現在未納額(きょうだい分含む)がある場合、利用調整点(減点)の対象となります。				
利用者負担金の未納はありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい(未納期間は3か月・未納額は 30,000円) ・ いいえ				