

別記第2号様式(第3条)

収受印

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 (2号・3号認定用)

大網白里市長 宛て

- 1. 施設型給付・地域型保育給付の給付認定に際しては、子ども・子育て支援法第16条の規定により、申請者や同居親族の市町村民税の課税情報及び世帯情報等利用料の算定に必要な情報を閲覧することがあります。
2. 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者提供することがあります。
3. 施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
4. 翌年4月利用開始の場合は、給付認定事務が集中し審査等に日時を要するため、利用申請締切日までに提出された給付認定申請については、翌年3月までに認定します。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、給付認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意のうえ、次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る給付認定及び保育施設の利用申込みを申請します。

提出日 令和 年 月 日

・申請者 <個人情報(マイナンバー)カード等及び、身元確認書類の提示が必要となります>

Table with columns for address, guardian name, contact info, and contact order.

氏名を自署する場合は、押印を省略することができます

①申請児の氏名及び入所希望施設等

Form for child information including name, birth date, sex, and application for childcare facilities.

※入所を希望する保育施設が第5希望以上ある場合は、余白に記入してください。

②保育の利用を必要とする理由等

Form for reasons of childcare utilization, including parental status and work conditions.

Table for administrative information including recognition status and fee calculation details.

Table for identification and verification details including ID card numbers and dates.

申請児童名：

③世帯の状況

申請児童の世帯員 (申請児童を除く同居の方全員記入)	続柄	フリガナ 氏名	性別	生年月日	同居 別居	職業・通学先名等 別居の場合住所	要介護又は障害者 手帳の有無
	父・母 祖父・祖母	個人番号		男・女	昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
父・母 祖父・祖母	個人番号		男・女	昭和 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	有・無
	個人番号		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	有・無
	個人番号		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	有・無
	個人番号		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	有・無
	個人番号		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	有・無
生計の中心者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )						
ひとり親家庭 の理由	<input type="checkbox"/> 離婚( 年 月) <input type="checkbox"/> 死別( 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居( 年 月頃から 調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )					生活保護	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
31年1月1日現在の 住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 異なる(前住所: )						

④保護者の就労・就学・家庭状況等

就労・ 就学 状況	父親	・勤務・就学先名: ※就学の場合 卒業時期: 年 月 ・所在地: ※単身赴任 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(期間 年 月まで・未定) ・通勤手段: 自家用車・電車・その他( ) ・通勤時間: 約 時間 分 ・予定就労時間: 時 分から 時 分まで
	母親	・勤務・就学先名: ※就学の場合 卒業時期: 年 月 ・所在地: ※単身赴任 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(期間 年 月まで・未定) ・通勤手段: 自家用車・電車・その他( ) ・通勤時間: 約 時間 分 ・予定就労時間: 時 分から 時 分まで
出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日: 年 月 日) 育児休業の取得予定 <input type="checkbox"/> 有(期間: 年 月まで・未定) <input type="checkbox"/> 無	
育休取得後 の再入所	過去に、申請児童の弟妹の育児休業取得を理由に保育所等を退園しましたか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(保育所名: )	
幼稚園利用 予定の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用時期: 年 月から 入園予定幼稚園名: )	
転居予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(転居先: ) (転居時期: 年 月頃)	

⑤申請児の祖父母の状況

	状況	氏名	年齢	住所	就労	傷病
父方	祖父	同居・別居・死亡・不明			有・無	有・無
	祖母	同居・別居・死亡・不明			有・無	有・無
母方	祖父	同居・別居・死亡・不明			有・無	有・無
	祖母	同居・別居・死亡・不明			有・無	有・無

⑥申請児の状況

現在の児童の状況	<input type="checkbox"/> 自宅でみている(保育者: _____) 児童からみた続柄( _____ ) <input type="checkbox"/> 職場でみている(平成・令和 _____ 年 _____ 月か 職場で保育可能な期間(令和 _____ 年 _____ 月まで/就学前まで) <input type="checkbox"/> 自宅外に預けている(平成・令和 _____ 年 _____ 月から) (預け先について)親族 / 友人・知人 / 認可外保育施設 / 一時保育 / その他 預け先氏名又は施設名( _____ ) 保育時間( _____ 時 _____ 分から _____ 時 _____ 分まで) <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
	発達面で気になる箇所はありますか _____ 言葉や発育について相談している病院や施設 <input type="checkbox"/> 無 _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名 _____ ) <input type="checkbox"/> 有(気になる箇所: _____ ) 相談開始 平成・令和 _____ 年 _____ 月から	
発育状況	発達障害等の診断を受けている <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診断名: _____ 診断時期 平成・令和 _____ 年 _____ 月から ) <input type="checkbox"/> 今後、受診する予定がある (いつ頃: _____ 年 _____ 月頃 ・ 未定 )	
	過去に大きな病気(入院・ひきつけ・けいれん等)やケガをしたことがありますか、現在通院していますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名: _____ ) 平成・令和 _____ 年 _____ 月から <input type="checkbox"/> 通院 _____ 週・月・年( _____ )回 <input type="checkbox"/> 入院歴 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 その後の経過: 治ゆ・経過観察・その他( _____ )	
病歴・持病等	毎日飲んでいる薬がありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬の名称 _____ ) 服用回数 _____ 回/日 <b>※原則として、保育所等での投薬行為はできません。</b>	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(診断時期: _____ 年 _____ 月) 対象食品( 卵・牛乳・小麦粉・そば・その他 _____ ) 医師の指導に基づいて( いる・いない ) 症状等( アナフィラキシー・じんましん・湿疹・嘔吐・下痢・咳・喘鳴・その他 _____ ) 除去の内容( 完全除去・部分除去・除去なし ) 食物以外のアレルギー( _____ )	
アレルギーの状況		
その他	保育所等の利用にあたり、健康上又は発育上、気になることがありましたら記入してください。	
送迎予定者	朝 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	夕 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

⑦入所に関して

入所のできない日に場合	申請	<input type="checkbox"/> 空き待ちをする <input type="checkbox"/> 空き待ちをしない。(申請を取りやめる)
	申請児	<input type="checkbox"/> 保育所等以外の施設を利用(予定)する。(利用施設名: _____ ) <input type="checkbox"/> 保護者・親族等が保育する。(保育予定者: _____ ) <input type="checkbox"/> 幼稚園を利用する。
	保護者	<input type="checkbox"/> 保育所等が利用できなくとも、採用予定日・復帰予定日から就労を開始する <input type="checkbox"/> 保育所等を利用できない場合、就労の内定は取り消されるので、求職活動 <small>※就労内定しましたら、再度就労証明書をご提出ください</small> <input type="checkbox"/> 保育所等を利用できるまで、就労開始を待ってもらう・育児休業を延長する → 延長期間 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他( _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
きょうだいの入所の希望	<input type="checkbox"/> 同じ保育所等で同時期の入所のみを希望する。(一緒になければ入所しない) <input type="checkbox"/> 1人だけでの入所でも希望する。(その場合、他のきょうだいの保育先: _____ ) <input type="checkbox"/> 入所でできれば、きょうだい別の施設でよい。 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	

⑧その他、申請において特に申出事項がありましたら記載してください