

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請兼入所申込書

記入日 令和 4年10月1日

(宛先) 佐久穂町長

次のとおり、教育・保育給付認定申請及び入所の申込みをします。

申請児童	ふりがな 氏名	性別	生年月日	令和5年4月1日 現在の年齢
	さくほ じろう 佐久穂 二郎	男・女	令和元年 5月 5日生	3 歳
申請児童 個人番号	1111 XXXX XXXX	児童の 健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 病弱である <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> アレルギーがある() <input type="checkbox"/> その他()	
保護者 現住所	〒384 - 0697 佐久穂町大字 高野町 569 (行政区 桜町)	電話番号 (自宅)	86-2525	
		父携帯	000 - XXXX - △△△△	
保護者 氏名	佐久穂 太郎	母携帯	000 - XXXX - △△△△	
保育の 希望の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 保護者の就労等の事由により、保育所等 (※1)において保育の利用を希望 ⇒		以降の項目①～⑥すべてにつ いて記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 無 幼稚園等 (※2)の利用を希望 ⇒		以降の項目①～②、④～⑥に ついて記入してください。	

保育園に入所を希望される方は「有」に✓してください。

※1「保育所等」とは、保育所、児童福祉施設、児童発達支援センター及び事業所内保育をいいます。

※2「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。

①児童の属する世帯の状況（申請児童を除く）

区分	ふりがな 氏名	児童との続柄	個人番号	生年月日	勤務先名又は 学校名等
児童の世帯員	佐久穂 太郎	父	2222 XXXX XXXX	S58年 2月 5日生	白駒工業(株)
	佐久穂 花子	母	3333 XXXX XXXX	S60年 6月 15日生	駒出印刷(株)
	佐久穂 一郎	兄		H24年 11月 3日生	佐久穂小学校
	佐久穂 穂積	祖父		S24年 9月 20日生	佐久穂鉄工
	佐久穂 千代	祖母			

保育所は家庭で保育のできない保護者に代わって保育をする施設なので、妊娠・介護中・療養中でない限り「無職」や「主婦」は不適切です。
兄弟がいる場合は通っている保育園名、幼稚園名、小中学校名などの記入をお願いします。

②利用を希望する期間、施設等

利用を希望する期間	令和 5年 4月 1日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	実際に利用する時間を記入してください。
利用を希望する 曜日及び時間	利用曜日		利用時間
	<input checked="" type="checkbox"/> 月曜日から金曜日まで <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		8 時 00分から 17 時 30分まで
利用を希望する施設名	第1希望	栄保育園	(希望理由) 家から一番近い
	第2希望	海瀬保育園	(希望理由) 勤務先から近い

③保育を必要とする事由等（「保育の希望の有無」欄において「有」にを

該当する番号に○をしてください。

保育を必要とする事由	続柄	必要とする事由（該当する番号に○をしてください。）				
	父	1 就労 7 就学	3 疾病・障害	4 介護・看護	5 災害復旧	6 求職活動 10 その他
母		1 就労 5 災害復旧 10 その他	2 妊娠・出産（予定日 月 日）	3 疾病・障害	4 介護・看護 6 求職活動 7 就学 8 虐待・DV 9 育児休業	
認定希望 保育区分	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間（最長 11 時間）を希望 ※保護者の就労状況等により希望に <input type="checkbox"/> 保育短時間（最長 8 時間）を希望 添えない場合があります。					

「令和 5 年度保育所入所申込みについて」の「4 保育の必要量」をご確認のうえ、希望する区分にしてください。

④世帯の状況

世帯の状況	生活保護の適用の有無	適用なし ・ 適用あり（ 年 月 日保護開始）
	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯（ 年 月 日より）	
	<input type="checkbox"/> 障害者のいる世帯（ 年 月 日より）対象者氏名 _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外 <small>※身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の支給対象児、国民年金の障害基礎年金受給者</small>	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯、 <input type="checkbox"/> 障害者のいる世帯に該当しない世帯は <input type="checkbox"/> 上記以外に <input checked="" type="checkbox"/> してください。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

町が施設型給付費等の教育・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料、施設費、給付金等について、町が決定した教育・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 佐久穂 太郎

必ず署名してください。

⑥その他（以下に該当する場合はご記入ください。）

該当がある場合は必ずご記入ください。

令和 4 年 1 月 1 日現在の住所 （現住所と違う方はご記入ください）	住所
父又は母が児童と別居の場合	住所 氏名（続柄： ） 個人番号（必須）
入所児童に別居の兄弟姉妹がいる場合	氏名 年 月 日生（続柄 ）
支給認定証の交付を申請される方はこちらにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。 → <input type="checkbox"/>	

*施設記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	施設名	
入園契約（内定）の有無	・ 無		

*町記載欄

認定及び	こちらは記載不要です。			
可・否 令和				<input type="checkbox"/> 3号
係				
<input type="checkbox"/> 保育短時間 <input type="checkbox"/> 保育標準時間				令和 年 月 日から 日まで