様式第１号（第４条関係）

**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**

年　　月　　日

　鉾田市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒３１１－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（居住地）　鉾田市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　次のとおり，施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前子ども | 氏名 | | | 保護者との続柄 | 生年月日 | | | | | | 性別 | | 障害者手帳の有無 |
| （ふりがな） | | |  | 年　　月　　日生 | | | | | | 男・女 | | 有・無 |
| 個人番号 | | |  | | |
| 緊急連絡先 | １ | | 父携帯・母携帯  父勤務先・母勤務先  自宅・その他（　　　） | | | | ２ | | | | | 父携帯・母携帯  父勤務先・母勤務先  自宅・その他（　　　） | |
| 転入日  （転入者のみ） | 年　　月　　日  （※令和７年１月２日以降に鉾田市に転入した場合に記入してください。） | | | | | 認定番号 | | | （　　　　　　　　　　　　　）  ※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。 | | | | |
| 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（幼稚園等と併願の場合を含む。） | | | | | | | | | | | |
| 無： | 幼稚園等だけを希望する場合 | | | | | | | | | | | |
| 利用を希望する施設名 | 第１希望 | | | 第２希望 | | | | | | 第３希望 | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |

（※）

・「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（以下同じ。）。

・「幼稚園等」とは，幼稚園，認定こども園（教育部分）をいいます。

**①税情報等の提供に当たっての同意（ただし，市に情報がない場合には，課税証明書等の提出が必要です。）**

|  |
| --- |
| 市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税情報（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。  　　　　　　　　　　保護者名 |

**②世帯の状況**（住民票が別でも，同居している方，単身赴任をしている方は記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業又は学校名等 | 備考 |
| 児童の世帯員 | （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 |  | 個人番号： |  |
| 生活保護の適用の有無 | | 該当なし　　・　　該当あり（　　　年　　月　　　日保護開始） | | | | |
| 在宅障がい者（児） | | 該当なし　　・　　該当あり（氏名　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ひとり親世帯 | | 該当なし　　・　　該当あり | | | | |

**※③以降は「保育の希望の有無」で，「有」を選択した方のみご記入ください。**

**③保育の利用を必要とする理由等（証明書類等の添付が必要です。）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 父 | | □就労　□就労（育休明け）（復職　　　　年　　月　　日）　□就労内定（　　　年　　月　　日・入所後）  　・家庭外（常勤・パート・農業・自営・派遣・その他）　・家庭内（内職・自営・その他）  　・勤務時間　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　　／　　通勤時間　　　分（片道）  　・勤務日数　　１月あたり　　　　日　　　１週間あたり　　　　日  　・勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務地 | | | |
| □疾病（病名：　　　　　　　　　発症　　年　　月頃から　入院　　年　　月～　　年　　月　通院　　回）  □障害（障害名　　　　　　　　　　手帳種類　身体・精神・療育・障害年金　　級　Ａ・Ｂ・Ｃ　　その他）  □看護・介護（対象者　　　　　　　　　続柄　　　　病名　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □災害復旧　　□求職活動　　□就学　　□育児休業　　□その他  　具体的な状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □死亡　　□離婚　　□未婚　　□調定中　　□単身赴任　　□別居　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 母 | | □就労　□就労（育休明け）（復職　　　　年　　月　　日）　□就労内定（　　　年　　月　　日・入所後）  　・家庭外（常勤・パート・農業・自営・派遣・その他）　・家庭内（内職・自営・その他）  　・勤務時間　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分　　／　　通勤時間　　　分（片道）  　・勤務日数　　１月あたり　　　　日　　　１週間あたり　　　　日  　・勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務地 | | | |
| □疾病（病名：　　　　　　　　　発症　　年　　月頃から　入院　　年　　月～　　年　　月　通院　　回）  □障害（障害名　　　　　　　　　　手帳種類　身体・精神・療育・障害年金　　級　Ａ・Ｂ・Ｃ　　その他）  □看護・介護（対象者　　　　　　　　　続柄　　　　病名　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □災害復旧　　□求職活動　　□就学　　□育児休業　　□妊娠・出産　　□その他  　具体的な状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □死亡　　□離婚　　□未婚　　□調定中　　□単身赴任　　□別居　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用を希望する期間 | | | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで・　就学前まで | | |
| 希望する利用曜日 | | 曜日から　　　　曜日まで | | | 希望する利用時間 | 時　　分から　　時　　分まで  （　　　時間　　分） |

**④児童の現在の状況**

|  |
| --- |
| 1.父母が保育している 　→ 　A.仕事を探している　　B.就職内定（　　　　年　　月から）  　C. 産後休暇中・育児休暇　（　　　　年　　月　　日）　明け（ 早め復帰 ・ 延長可 ）  2.祖父母等が保育している　 →　 (父方・母方) （祖父・祖母・その他　　　　　　　　　　　　　　）  3.友人・知人に預けている 　→　 (氏名　　　　　　　　　　　／住所　　　　　　　　　　　　　　)  4.仕事に同伴している　 → 　(同伴している人　／ 父・母・祖父・祖母・その他　　　　　　　　　)  5.施設利用　 → 　現在利用している施設の名称（　　　　　 　　　　） 利用日数（週　　　日）  → 利用を開始した年月（　　　　　年　　月～）利用料金（月額　　　　　円）  6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**⑤きょうだい（就学前児童）の現在の状況（きょうだいがいる場合のみ記入）**

|  |
| --- |
| 1.父母が保育している 　→ 　A.仕事を探している　　B.就職内定（　　　　年　　月から）  　C.育児休暇・産後休暇中　（　　　　年　　月　　日）　明け（ 早め復帰 ・ 延長可 ）  2.祖父母等が保育している　 →　 (父方・母方) （祖父・祖母・その他　　　　　　　　　　　　　　）  3.友人・知人に預けている 　→　 (氏名　　　　　　　　　　　／住所　　　　　　　　　　　　　　)  4.仕事に同伴している　 → 　(同伴している人　／ 父・母・祖父・祖母・その他　　　　　　　　　)  5.施設利用　 → 　現在利用している施設の名称（　　　　　 　　　　） 利用日数（週　　　日）  → 利用を開始した年月（　　　　　年　　月～）利用料金（月額　　　　　円）  6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**⑥祖父母の状況（状況により証明書類等の添付が必要です。）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 父方 | 祖父  （　　）歳 | 氏名　　　　　　　　　　　　（別居の場合は住所　　　　　　　　　　　　　）　死別　・　離別 | | |
| ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他（　　　　　　　　　　　）　　無職  平均就労日数・時間　　　　日／週　　　　時間／日 | |
| ②疾病 | 病名： | 診療機関名： |
| 入院・外来：　　　年　　月～ | 外来回数：週・月　　　回 |
| ③看護・  介護 | 対象者名： | 対象者住所： |
| 児童との続柄： | 理由（病名等）： |
| ④その他 | 理由（具体的に）： | |
| 祖母  （　　）歳 | 氏名　　　　　　　　　　　　（別居の場合は住所　　　　　　　　　　　　　）　死別　・　離別 | | |
| ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他（　　　　　　　　　　　）　　無職  平均就労日数・時間　　　　日／週　　　　時間／日 | |
| ②疾病 | 病名： | 診療機関名： |
| 入院・外来：　　　年　　月～ | 外来回数：週・月　　　回 |
| ③看護・  介護 | 対象者名： | 対象者住所： |
| 児童との続柄： | 理由（病名等）： |
| ④その他 | 理由（具体的に）： | |
| 母方 | 祖父  （　　）歳 | 氏名　　　　　　　　　　　　（別居の場合は住所　　　　　　　　　　　　　）　死別　・　離別 | | |
| ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他（　　　　　　　　　　　）　　無職  平均就労日数・時間　　　　日／週　　　　時間／日 | |
| ②疾病 | 病名： | 診療機関名： |
| 入院・外来：　　　年　　月～ | 外来回数：週・月　　　回 |
| ③介護・  看護 | 対象者名： | 対象者住所： |
| 児童との続柄： | 理由（病名等）： |
| ④その他 | 理由（具体的に）： | |
| 祖母  （　　）歳 | 氏名　　　　　　　　　　　　（別居の場合は住所　　　　　　　　　　　　　）　死別　・　離別 | | |
| ①就労 | 常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他（　　　　　　　　　　　）　　無職  平均就労日数・時間　　　　日／週　　　　時間／日 | |
| ②疾病 | 病名： | 診療機関名： |
| 入院・外来：　　　年　　月～ | 外来回数：週・月　　　回 |
| ③介護・  看護 | 対象者名： | 対象者住所： |
| 児童との続柄： | 理由（病名等）： |
| ④その他 | 理由（具体的に）： | |

※裏面の記入上の注意，留意事項をご確認ください。

（記入上の注意）

・同世帯で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。

・「①税情報等の提供に当たっての同意」は，記載内容を確認のうえ，記名してください。

（留意事項）

・申請書等に記載した事項については，教育・保育の運営等に必要と認められる場合に，特定教育・保育施設等に情報提供することがあります。

・保育の必要性の該当事由により，希望する認定が受けられない場合や，利用期間及び利用時間の希望に添えない場合がありますので，あらかじめご承知ください。

＊市記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| 可　・　否（否とする理由）  　　年　　月　　日認定 |  | □１号　□２号　□３号  　　　　（□標　□短） |
| 教育・保育給付（入所）の可否 | | 教育・保育給付（利用）期間 |
| 可　・　否（否とする理由）  　[□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型] | | 自　　年　　月　　日  至　　年　　月　　日 |
| 入所施設（事業者）名 | | |
| 入所施設名（事業者）名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □認定こども園（□連　□幼（□幼 □保）　□保（□保 □幼）　□地（□幼 □保））  □幼稚園　□保育所　□地域型（□小 □家 □居 □事） | | |

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設（事業者）名 | （事業所番号：　　　　　　　　　　） |
| 担当者氏名  連絡先 | （担当者）  （連絡先） |
| 入所契約（内定）の有無 | 有　（　契約・内定　（　　　　年　　月　　日契約（内定）））　・　無 |
| 備考 |  |

第1号様式（第２条関係）

保育利用希望（新規・継続）申込書

　　 年　　 月　　 日

郵便番号　　〒３１１－

鉾田市福祉事務所長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者住所　鉾田市

氏　　名

自宅電話番号

下記のとおり保育の利用を希望するので、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望児童名 | 氏　　　　　名 | | 生　年　月　日 | 性別 | | 緊急連絡先 |
| (ふりがな) | | 年　　月　　日生 | 男・女 | | 携帯1:　　　　　　　　　　続柄(　 )  携帯2:　　　　　　　　　　続柄(　 ) |
| 入所を  希望する  施設名 | 第1希望　　　　　　　　　（希望理由） | | | | | |
| 第2希望　　　　　　　　　（希望理由） | | | | | |
| 第3希望　　　　　　　　　（希望理由） | | | | | |
| 利用を希望する期間 | | 令和　　年　　月　　日から | | | * 小学校就学前まで * 令和　　年　　月　　日まで | |
| 認定番号 | | （　　　　　　　）※既に保育の必要性の認定を受けている場合にご記入ください。 | | | | |
| 確認事項  （該当事項に☑） | | **＊保育所等を利用できなかった場合**  　□現状の保育を続ける　　□認可外保育施設等を考える　　□育児休業を延長する  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **＊希望の保育所等を利用できなかった場合**  　□空き待ちをする　　□空いている所があれば、希望以外でも利用する  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **＊同時に２人以上の申込みの場合**  □同時期に同じ施設でのみ利用を希望する。  □同時期であれば別々の施設でも利用を希望する。  □１人でも希望する。  　□他の児童はきょうだいと同じ施設のみ利用を希望する。  　□他の児童は別々の施設でも利用を希望する。 | | | | |

○利用児童の家庭の状況（申込に係る児童を除く、すべての同居者を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区  分 | (ふりがな)  氏　　　名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 年齢 | 備　考 |
| 児　童　の　同　居　者 |  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
|  |

心身状況書

【お子さんの健康状態について】

【児童名　　　　　　　　　　　　　】

保育所で、大切なお子さんを集団保育の中でお預かりするにあたり、事故等を未然に防ぐ為、お子さんの発達や健康状態を下記にご記入ください。

なお、アレルギーや疾患等によりお子さんに保育士が常に付き添っていなければならない、保育所の備品などを使用できない、他のお子さんとの接触を避けなければならないなど、特別な配慮を必要とする場合、保育所では対応できないこともありますのでご相談ください。

＊該当する項目を○で囲むか、必要事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①  食事 | １　はし又はスプーンを使用して食べることができる。  　２　大人の助けがあれば食べられる。  　３　食べさせてもらう。 |
| ②  排泄 | １　大小便とも自分でできる。  　２　大人の助けがあればできる。  　３　自分ではできないが知らせる。  　４　オムツを使用している。 |
| ③  着脱衣 | １　自分で着脱し、ボタンかけもできる。  　２　簡単なものは自分でできる。（ 着る・脱ぐ・着脱 ）  　３　大人にしてもらう。 |
| ④  ことば | １　普通に話ができる。  　２　どうにか話すことができる。〔単語等で〕  　３　ことばにならない。 |
| ⑤  遊び | １　近所の子ども（誰とでも）と遊べる。  　２　近所の子どもと遊ぶが一人になりやすい。  　３　遊びたいが仲間には入れない。  　４　親又は兄弟としか遊ばない。  　５　いつも一人で遊んでいる。（・近所に子どもがいない　・一人遊びが好き） |
|  | |
| ⑥  健康状態 | ◆ 身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか？  ※障がい児保育は、集団生活が可能であると認められる場合に限ります。  　　 無　・　有　（　　　　　　　　　　手帳　　　　　　　　　　級）  ◆ 保健センター、医療機関等で乳幼児健診を受けられていますか？  　　 受けている　・　受けていない  ■ 受けた健診全てに○を付けてください。  　　【 乳児健診・１才６ヶ月健診・２歳児歯科検診・３歳児健診 】  ◆ アトピー・アレルギー等がありますか？  ※場合により医師の診断書等を提出いただきます。  　　 無　・　有  　 ■ 有の場合、下のア～ウで該当するもの全てに○を付け、具体的にご記入願います  　　　 ア．食べ物によるもの  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　 イ．皮膚への接触によるもの  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　 ウ．その他  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◆ その他、医師から注意されている事、行動やくせなど、気になる点等がありましたら下記へご記入ください。 |

**保育所（園）・認定こども園の利用に関する確認書**

以下の事項をよくお読みください。□にチェックをお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 確　認　事　項 | | ﾁｪｯｸ欄 |
| １ | 虚偽の申込みをした場合は内定を取消しとし、明らかになった時には、保育の利用を解除（退所）します。 | | □ |
| ２ | 申込み後、ご家庭の状況（就労状況・妊娠など）に変更があった場合は、必ずご連絡ください。 | | □ |
| ３ | 入所決定後、保育料を定められた期日までに納付していただきます。 | | □ |
| ４ | 保育料算定のため課税状況を確認する必要があるときは、総務部税務課の所有する課税情報を取得することがあります。 | | □ |
| ５ | 父及び母以外に扶養義務者がいる場合（祖父、祖母等が児童の扶養主のとき）は、その扶養義務者の市町村民税所得割額と父及び母の市町村民税所得割を合わせて算定します。 | | □ |
| ６ | 父及び母の収入が１０３万円を超えない場合（ひとり親世帯では、父又は母の収入が１０３万円を超えない場合）で、生計を一にしている者（祖父母等）がいる場合は、最多収入・納税者を「主たる生計維持者」と定め、その者の市町村民税所得割額を父及び母の市町村民税所得割額に合算して算定します。 | | □ |
| ７ | ０～２歳の保育料は市民税額所得割課税額で決定するため、収入のない方でも必ず市民税の申告を行ってください。申告がなかった場合は、保育料が最高階層で決定されます。また、３～５歳の副食費は免除になりません。 | | □ |
| ８ | 保育料は１ヶ月単位です。月の初日に在籍していれば、１ヶ月の保育料がかかります。よって、月の途中に退所されても日割り計算はされません。 | | □ |
| ９ | 保育料が滞納となった場合、督促状・催告状等が交付されるほか、職員が自宅訪問や電話による催告を行います。また、児童手当からの特別徴収を行うことがあります。  保育料の収納情報を必要に応じて保育所（園）に提供します。 | | □ |
| 10 | 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請に係る処理見込み期間等につきましては、４月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、結果は利用調整の結果とともに令和８年１月下旬頃にお知らせいたします。 | | □ |
| 11 | 当てはまる方は、ご記入ください。 | （出産予定の方）  出産要件で入所できる期間は、原則として出産予定月と前２ヶ月、出産（予定）日から８週間後の翌日が属する月末日までです。期間終了後は退所となり、以降継続して入所を希望する場合には、再度申し込みが必要です。 | □ |
| （求職中の方）  求職中の方は、入所後９０日以内に就労証明書を提出してください。入所後９０日を超え就労開始とならないときには、退所していただく場合があります。 | □ |
| （転出予定の方）  　【転出先住所】  　【転出時期】 　　　年　　　月　　　日 | □ |

申込みにあたり、上記について確認しました。

　　　年　　　月　　　日

保護者（父）氏名

保護者（母）氏名