

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

年 月 日

あきる野市長 殿

あきる野市福祉事務所長 殿

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の申請をします。  
 保育所等の利用の申込み

フリガナ 申請に係る 児童氏名	_____	生年月日	_____年 月 日
保護者居住地 ・電話番号	〒 _____ ・自宅 _____ ・母携帯 _____ ・父携帯 _____		
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 (※)	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①～⑦に、「無」に○を付けた場合は①、③及び⑤に必要事項を記入してください。

(記入上の注意事項)

1 保護者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。

2 該当するものを○で囲み、該当する□にレ印を付け、必要事項を記入してください。

①家庭の状況

	フリガナ	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等	備考
	氏名		個人番号		
保護者	_____		_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
他の同居の家族	_____	本人	_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
	_____		_____年 月 日		
生活保護法の適用の有無		有 ( _____年 月 日保護開始) ・ 無			
家庭の状況		□ひとり親家庭 □左記以外			

②保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	続柄	事由	備考
		<input 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"/> 在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 配偶者暴力 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<input 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"/> 在学 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 配偶者暴力 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用希望曜日			
利用希望時間	時 分から 時 分まで		

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 日から 年 月 日まで	見学
利用を希望する施設（事業者）名	第1希望 (理由)	未・済
	第2希望 (理由)	未・済
	第3希望 (理由)	未・済
	第4希望 (理由)	未・済
	第5希望 (理由)	未・済

④児童2人以上の申込みをされる方

1	<input type="checkbox"/> 全員が同時に入所できる場合のみ入所を希望する。（2にお進みください。） <input type="checkbox"/> 入所できる児童だけでも入所を希望する。（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。

⑤課税情報等の調査等に当たっての同意欄

<p>利用者負担額決定のために、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・保育施設等に提供すること並びに児童の安全確保のため障害認定の有無及び特別児童扶養手当の支給の有無について調査・確認すること、その情報について特定教育・保育施設等に提供することに同意します。</p> <p>保護者氏名 _____ 保護者氏名 _____</p>
---

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 ( )	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		
	派遣の場合、 派遣元を記入		
	勤 務 場 所		
	勤務先電話番号		
	採用(開業)年月日	年 月 日	年 月 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	時 分 ~ 時 分 1日平均 時間・週平均 日間 月平均 日間・休日 曜日
	仕 事 の 内 容		
	平 均 月 収 (税込み)	円	円
	産 休 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
育 休 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (□母 ・ □父)		
就 労 以 外 の 状 況	妊 娠 ・ 出 産	出産(予定)日 年 月 日	
	疾 病 ・ 負 傷	病名 ( ) 年 月から入院・通院(週 回) 治療予定期間 約 月間	病名 ( ) 年 月から入院・通院(週 回) 治療予定期間 約 月間
	障 害	障害名 ( ) 手帳 有 ( 手帳 級・度) ・ 無	障害名 ( ) 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 年 月終了予定 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 年 月終了予定 受講日 週 日 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	

⑦児童の状況等

住居の状況		1 自家 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	別紙に記入してください		息 3 下痢 4 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 よく分からないが気になることがある。(具体的に ) 4 その他 ( )						
健康診査等で何か指導を受けたことがありますか。	有 (指導内容 ) ・ 無						
保育の状況	1 自宅で保育している。 保育者 氏名 続柄 2 個人に預けている。 預け先 住所 氏名 関係 費用 3 職場に連れて行く。 保育施設の有無 有 (名称 ) ・ 無 4 保育園、認証保育所等 名称 ( 年 月 日入所 ) に入所している。						
その他の状況	祖父母の状況(いない場合は、不存在欄にレ印を付けてください。)						
		氏名	年齢	就労	健康状況	居住地	不存在
	祖父			有・無			
		祖母			有・無		
	母方	祖父			有・無		
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。							

利用者負担額の未納はありますか？

はい (未納期間は 月・未納額は 円) ・ いいえ

⑧施設記載欄（施設（事業者）を經由してあきる野市に提出する場合）

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)
入所内定の有無	有 ( 年 月 日内定) ・ 無
備考	

⑨あきる野市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

教育・保育給付認定の可否	認定証番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
入所の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由) ( <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)		年 月 日～ 年 月 日
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 ( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 ( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 ( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		

必要書類	・勤務証明(父・母・祖父・祖母).....( / 受領済)				
	・要件に関する証明書( )..( / 受領済)				
	・____年度市町村民税申告書控えの写し(父・母・祖父・祖母).....( / 受領済)				
	・____年度市町村民税証明書(父・母・祖父・祖母).....( / 受領済)				
・その他利用者負担額算定に要する書類( )..( / 受領済)					
税額	氏名		市民税		備考
			均等割	所得割	
			円	円	
			円	円	
合計		円	円		
階層	当初		円	事由	
	変更		円		
	変更		円		

備

考