

教育・保育給付認定申請(保育園等利用申込)書

記入例

音更町長 宛て

| | | | | | |
|--------------|------|--|--|--------------|--------------------|
| 署名、または記名押印 | | 申請日（申込日） | | 令和5年 ●●月 ●●日 | |
| 申請者 (申込者) | 住所 | 〒●●●●-●●●● 音更町●●●●●丁目●番地 ●●マンション●号室 | | | |
| | フリガナ | オトフケ タロウ | | 電話番号 | 自宅 ●●-●●●●● |
| | 氏名 | 音更太郎 (署名または記名押印) | | | 父携帯 ●●●-●●●●●-●●●● |
| | 生年月日 | 昭和(平成) ●●年 ●●月 ●●日 | | | 母携帯 ●●●-●●●●●-●●●● |

裏面の【同意事項】に同意し、次のとおり子ども・子育て支援法第20条第1
保育給付認定の申請（保育園等の利用申込み）をします。

里子の場合は、里子と記入してください。

| | | | | | | | |
|---------------|------|--------------------|--|------------------|---|--------------|---|
| 申請(申込み)に係る子ども | フリガナ | オトフケ ジロウ | | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女 | 申請者(申込者)との続柄 | 子 |
| | 氏名 | 音更次郎 | | 障がいの有無 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| | 生年月日 | 平成(令和) ●●年 ●●月 ●●日 | | (令和6年4月1日現在、●●歳) | | | |

父母で保育が必要な事由が異なる場合は、それぞれ該当する項目にチェックしてください。

令和6年4月1日時点の年齢を記入してください。
※1歳に満たない年齢は、「0歳」になります。

| | | | |
|--------|--|------------|---|
| 認定区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 保育 | 保育を必要とする事由 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・ <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> |
| 利用希望期間 | 令和6年4月1日から | | <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 令和●年●月●日まで |

| 利用希望施設 | 利用希望の順位を「希望順位」欄にご記入ください。希望しない場合は、斜線を引いてください。 | | |
|-------------|--|---------------------|-------------|
| | 希望順位 | 施設名 | 施設区分 |
| | 2 | 音更認定こども園 | 幼保連携型認定こども園 |
| | 4 | 緑陽台認定こども園 | |
| | / | 宝来こども園 | |
| | / | 駒場認定こども園 | |
| | 1 | 柳町認定こども園 | 幼稚園型認定こども園 |
| | 5 | 帯広大谷短期大学附属音更大谷幼稚園 | |
| | / | 木野北保育園 | 保育園 |
| | / | 木野南保育園 | |
| | 3 | 鈴蘭保育園 | |
| | / | 家庭保育園ひだまり (0~2歳児のみ) | 小規模保育事業所 |
| / | ゆめのもりほいくえん (0~2歳児のみ) | | |
| / | とちか帯広YMCA保育園 (1~2歳児のみ) | | |
| その他(施設名称:) | | | |

住民票上の世帯が別であっても、同じ住居で一緒に生活している方は記入してください(玄関、水回り等が完全に分離している2世帯住宅である場合は除きます)。

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 生年月日 | 障がいの有無 |
| 番号(父母のみ) | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |

障がい者手帳の有無を判断してください。

| | | | | | |
|---|------|---|-------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| 父 | 音更太郎 | <input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別 | 昭和●●年●●月●●日 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | (株)●●●●●●●● |
| 母 | 音更花子 | <input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別 | 令和6年4月1日時点の状況を記入してください。 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | ●●●●●●●●(株) |
| 姉 | 音更町子 | <input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別 | 平成●●年●●月●●日 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | ●●認定こども園 4歳児クラス |
| 弟 | 音更村男 | <input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別 | 令和●●年●●月●●日 | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | |

※ 引き続き裏面もご記入ください。

○ 居住の状況

| | | |
|----------------------------|--|---|
| 令和5年1月1日現在の住所について記入してください。 | | |
| 父の住所 | <input type="checkbox"/> 町内 | <input checked="" type="checkbox"/> 町外（札幌市中央区北1条西2丁目） |
| 母の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 町内 | <input type="checkbox"/> 町外（ ） |

○ 家庭の状況

| | | |
|--------------------|--|--|
| 該当の有無について記入してください。 | | |
| 生活保護の受給 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 保護開始日：令和 年 月 日から |
| ひとり親家庭の該当 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 行方不明・拘禁 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

○ 申請（申込み）に係る子どもの健康状態など

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| お子さんを安全にお預かりする上で大切な情報ですので、正しく記入してください。 | | |
| 乳幼児検診の受診 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 指摘事項（特になし） | |
| 発達上の心配事 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容：●●●な部分を心配している |
| 定期的な通院 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 通院頻度：□週・□月・□年に（ ）回 診断内容： |
| 保健師等への相談 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容：●●●な部分を定期的に相談している |
| 療育施設の利用や相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 内容： |
| アレルギーなど | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 内容： |
| 食事の制限 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 内容： |

当初の利用調整において重要な部分です、きょうだい児同時申込の場合は必ずご記入ください。

○ きょうだい児が同時に申請（申込み）する場合の優先条件

| | |
|---|--|
| 該当する場合に記入してください | |
| <input type="checkbox"/> 利用希望優先：別々の施設であっても利用希望の順位を優先 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 同時利用優先：利用希望施設を変更してでも同一施設での利用を優先 | |

○ 利用希望施設で入所が決まらなかった場合の対応

| | |
|--|------------------------------|
| 該当する場合に記入してください。 | |
| <input type="checkbox"/> 利用希望施設で希望した施設すべてに待機登録を希望する | 施設の空き状況に関わらず、希望の施設を記入してください。 |
| <input type="checkbox"/> 待機登録先を指定する（複数選択可） （ ） | |
| <input type="checkbox"/> 認可外保育施設または職場に併設された保育施設を利用予定 | |
| <input type="checkbox"/> 育児休業期間を延長予定 | |
| <input type="checkbox"/> 幼稚園または認定こども園（幼稚園部分）を1号認定で利用予定 ※3歳以上児童のみ | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

○ 支給認定証

| | |
|---|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 支給認定証の交付を希望する | チェックしてください。 |
|---|-------------|

【同意事項】

- 1 町が、利用者負担額（保育料）の算定又は副食費徴収免除の判定のため、必要に応じ、世帯の戸籍・住民登録、課税、生活保護、児童手当、児童扶養手当、障がいの状況に関する資料を閲覧し、又は取得すること。
- 2 町が、保育を必要とする理由の確認のため、必要に応じ、勤務先に就労状況を確認する等の調査を行うこと。
- 3 施設型給付費（地域型保育給付費等）は、保護者に代わり施設（事業者）が受領すること。
- 4 町が決定した、利用者負担額及び教育・保育給付認定の内容（個人番号を除く。）を利用する施設に提供すること。
- 5 申請（申込み）の集中により、審査等に時間を要するため決定の通知までに5か月程度かかる場合があること。

