

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

当該年の1月1日時点で町外にお住まいだった場合は記入してください。

申請日（申込日）		令和3年 ●●月 ●●日	
音更町●●●●●丁目●番地 ●●マンション●号室			
申請者 (申込者)	フリガナ	オトフケ タロウ	電話 番号
	氏名	音更 次郎	自宅 ●●-●●●●●
	生年月日	昭和・平成 ●●年 ●●月 ●●日	父携帯 ●●●-●●●●-●●●●
			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条第1項に基づき、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	申請者（申込者）との続柄
	氏名	音更 次郎	男・女	子
		平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日		

父母で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3年4月1日時点の年齢を記入してください。

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"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ （ <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間）
------	--	------------	--

利用希望期間	令和3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
	2	音更認定こども園
	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	帯広大谷短期大学附属音更大谷幼稚園
	5	木野北保育園
		木野南保育園
		柳町保育園
	3	鈴蘭保育園
		家庭保育園ひだまり (0~2歳児のみ)
		りとる・ちっぷす音更 (0~2歳児のみ)
		音更園 (1~2歳児のみ)

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）。

障がい者手帳の有無で判断してください。

	氏名	の有無	個人番号（父母のみ）	障がい者手帳の有無	
父	音更 太郎	同・別	昭和・平成 年 月 日	有・無	(株) ●●●●●
母	音更 花子	同・別	昭和・平成 年 月 日	有・無	●●●●●(株)
姉	音更 町子	同・別		無	●●認定こども園 4歳児クラス
弟	音更 村男	同・別	令和 ●●年●●月●●日	有・無	

令和3年4月1日時点の状況を記入してください。

※ 引き続き裏面もご記入ください。

○ 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： 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 指摘事項 (特になし)	<input type="checkbox"/> 無
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：

○ きょうだい児が同時に申請（申込み）する場合の優先条件

該当する場合にのみ記入してください。	
<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

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。

該当するもの場合にのみ記入してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 待機登録をする（施設名：●●認定こども園)	
<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。