

## 記入例

保育給付認定（現況）申請書 兼 入園申込書  
（施設型給付費・地域型保育給付費等）

申込年月日 令和 2 年 11 月 12 日

認定の審査に必要な書類です。  
記入例に従い、記入漏れのないよう  
ご記入ください。

教育・保育給付認定を申請します。  
を誓います。滞納した場合は、市長へ納めるべき授業料につ  
私または私の、ける児童手当の額から滞納分保  
に充てる旨、その他いかなる措置を講じ

押印漏れ注意く  
ださい。

保護者	現住所	(〒669-5256) 朝来市和田山町東谷 217 番地 朝来ハイツ 201 号室		
	氏名	朝来 太郎	連絡先(自宅・携帯)	●●●(×××)●●●● (父・母)
			緊急連絡先(自宅・携帯)	●●●(××××)●●●● (父・母)
			緊急連絡先(自宅・携帯)	●●●(××××)●●●● (父・母)
転入前住所	神戸市●●区●●111 番地 11 1-11 号	(←H31.1.1 時点の住所) 転入(予定)日 H31 年 6 月 12 日)		

申込区分	<input type="checkbox"/> 新規・ <input checked="" type="checkbox"/> 継続 ( わだやまこども園 ) 入園中 (うち <input type="checkbox"/> 施設変更希望あり)			
ふりがな	あさごはなこ	男	生年月日	年齢(R2.4.1 現在)
申請児童名	朝来 花子	女	平成 27 年 8 月 11 日生	満 4 歳 4 歳クラス
認定者番号	××××	※既に教育・保育給付を受けている場合は必ず記入して下さい		

## ①利用を希望する施設名、期間等

利用希望期間	令和 2 年 4 月 1 日 から 令和 3 年 3 月 31 日 まで		
利用希望施設 (事業)	第 1~第 3 希望まで 必ずご記入ください。	希望理由	理由も必ず記入して ください。
第 1 希望	わだやまこども園	校区のため	
第 2 希望	えきまえこども園	母親の勤務地に近いため	
第 3 希望	あさごこども園	祖父母宅に近いため	
預かり保育の利用希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 希望なし	チェック漏れに注 意してください。

## ②世帯の状況 (申込児童以外の同居している世帯員を記入して下さい)

児童の世帯員	子どもの続柄	氏名	生年月日	職業	会社名・学校名 (学年は平成 31 年 4 月からの学年を記入下さい。)
	父	朝来 太郎	◎H/R 61 年 9 月 15 日	会社員	あさご銀行
	母	朝来 花代	◎S/H/R 62 年 12 月 7 日	パート	(株)●●●●
	兄	朝来 太一	S◎H/R 23 年 8 月 28 日	小学生	わだやま小学校 3 年生
	姉	朝来 花	S◎H/R 28 年 6 月 6 日	こども園児	わだやまこども園 3 歳児
			S/H/R 年 月 日		

入園希望園児以外の同居親族を記入願います。  
世帯分離されていても、同居であれば記入ください。

家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (祖父母と同居 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外			
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし	<input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始)		
就学前施設への 兄弟姉妹入園の有無 (クラス年齢は 令和 2 年 4 月 1 日時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	施設名	氏名	年齢
		わだやまこども園	朝来 花	3 歳児
兄弟姉妹の状況	<input type="checkbox"/> 無 令和 2 年度 (来年度) の入園 (希望) 状況を記入ください。			
兄弟姉妹の状況	申込児童は ( 3 人兄弟姉妹のうち第 2 子 ) ※年齢関係なくカウントしてください			

③園児の状況について

各種手帳の情報	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障
今までにかかったことのある病気 (該当にチェックし、症状を下記に記載して下さい)	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ( ) 症状:
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり (アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし) ありの場合 (医師の診断 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり / 薬の服用 <input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり)

お子様の命に関わる大切な内容となりますので、必ずご記入ください。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育費を請求すること、及びその情報に基づき決定した利益	この欄の署名・押印がなければ受付できませんので必ず署名・押印ください。	税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報(同一世帯者を含む)を保育施設等に対して提示することに同意します。
署名 朝来太郎		印

【以下は記入しないでください。】

\*市町村記載欄

受付年月日	令和 年 月 日	認定担当者	入力担当者
認定日	認可の可否	認定番号	(否とする理由)
令和 年 月 日			
施設入園の可否	支給(利用)期間		認定区分等
可・否	自:令和 年 月 日		□1号認定
保育料(階層・多子)	備	至:令和 年 月 日	
( 階層 )			
円			

こちらは記入しないでください！！