

# 記入例

2号・3号認定用

## 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）

朝来市長様

申込年月日 令和 2年 11月 11日

決定  
育料  
られ

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

育・保育給付認定を申請します。  
誓います。  
または私の目  
充てる旨

市長へ納めるべき保育料につ  
る児童手当の額から滞納分保  
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 213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)	●●● (××××) ▲▲▲▲ (母)	
転入前住所	神戸市●●区●●111番地 11 1-11号	(<R2.1.1時点の住所) 転入(予定)日 (R2年 8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(R3.4.1現在)
申請児童名	朝来花子	女	平成 28年7月16日生 令和	満 4 歳 4 歳クラス
認定者番号	××××	※既に教育・保育給付認定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 3年 4月 1日 から 令和 4年 3月 31日 まで		
利用希望施設 (事業)	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	チェック漏れ注意ください。	
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		
利用希望時間(求職活動中は16時まで)	7 時 45 分 ~ 17 時 45 分		
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	延長保育の利用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

### 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)

子どもの続柄	氏名	生年月日	職業	会社名・学校名 (学年は令和2年4月からの学年を記入下さい。)
父	朝来太郎	◎/H/R 62年6月24日	会社員	あさご銀行
母	朝来花代	S/(H)/R 2年4月8日	パート	(株)●●●●
兄	朝来太一	S/(H)/R 24年11月15日	小学生	わだやま小学校 3年生
姉	朝来花	S/(H)/R 30年10月19日	こども園児	わだやまこども園 2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 (年齢は令和2年4月1日時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	施設名	氏名
	<input type="checkbox"/> 無	わだやまこども園	朝来花
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		

令和2年度(来年度)の入園(希望)状況を記入ください。

【裏面も記入して下さい】

③保育の利用を必要とする理由等（該当に☑・必要事項を記入してください）

父			母		
保育を必要とする事由	就労 (家庭外)	勤務先名：あさご銀行 勤務時間（残業：☑有 ☐無） ( 8時00分～18時00分 ) 片道通勤時間(自宅→職場) 20分	就労 (家庭外)	勤務先名： 勤務時間（残業：☐有 ☑無） ( 8時30分～17時15分 ) 片道通勤時間(自宅→職場) 15分	
	(自営業)	事業名(内容)：	(自営業)	事業名(内容)：	
			☐ 妊娠・出産	出産予定日 (令和 年 月 日)	
			☐ (出産後の予定)	☐ 育休取得 ☐ 主婦 (求職活動から)	
	☐ 疾病・障害	疾病・障害名 ( )	☐ 疾病・障害	疾病・障害名 ( )	
	☐ 介護・看病	被介護・看護者 ( 続柄 )	☐ 介護・看病	被介護・看護者 ( 続柄 )	
			☐ 要	( ) 病名 ( )	
	☐ 災害復旧		☐ 登録 ( ☐有 ☐無 )	☐ 3回 ☐ 4回 ☐ 5回以上	
	☐ 求職活動中		☐ ( )		
	☐ 就学(予定)		☐ ( )		
☐ 育児休業中		☐ ( )	令和 年 月 日		
☐ 農業	内				
☐ その他		☐ その他			

詳細は別途各種「保育を必要とする証明①～⑤」に記入いただきますので、  
該当事由及び、内容を記入ください。

祖父母の状況（申請児童の祖父母について記入して下さい）

	居住状況		氏名	年齢	住所（同居の場合は記入不要）	職業（勤務先）
父方	祖父	同居・☑別居	朝来 一	65	朝来市和田山町▲▲ ●●番地	シルバー
	祖母	同居・☑別居	朝来 千代	60	朝来市和田山町▲▲ ●●番地	主婦
母方	祖父	同居・☑別居	山東 次郎	63	神戸市▲▲区××× ●●番地	会社員
	祖母	同居・☑別居	山東 一子	59	神戸市▲▲区××× ●●番地	会社員

④園児の状況について

各種手帳の情報	☑なし ・ ☐あり (☐身体障害者手帳 ☐療育手帳 ☐精神障	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。
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)	☐なし / ☐あり (ありの場合チェック→) ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐けいれん ☐てん ☐肘内障 (肘が抜ける) ☐その他 ( )	
食物アレルギーの有無	☐なし ・ ☑あり (アナフィラキシー ☐あり ・ ☑なし) ありの場合 ☐医師の診断 ☐なし ☑あり / 薬の服用 ☑なし ・ ☐あり	

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算定し、及びその情報に基づき決定した保育料を算定するに当たって、住民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報に関する情報を提供することにより、保育料の算定が適切に行われることにご同意します。

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。

朝来 太郎 (印)

\*市記載欄

【以下は記入しないでください。】

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	可・否		認定区分等 ☐2号 ☐3号 (☐標 ☐短)
施設入園の可否	入園施設名	施設入園の可否	支給(利用)期間
可・否		可・否	自:平成 年 月 日 至:平成 年 月 日
保育料(階層・多子)	備考欄		
階層	市民税額 ( 円) きょうだいカウント ( / )		