

教育・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 年 月 日

私は、以下の項目を確認した上で、次のとおり施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。
1 決定された保育料は遅滞なく納付し、滞納した場合は、市長へ納めるべき保育料について、児童手当法第21条第1項の規定に基づき、私又は私の配偶者が支給を受ける児童手当の額から滞納分授業料について当該児童手当の支払期日をもって支払いに充てる旨を申し出るとともに、その他いかなる措置を講じられても異議を申し立てないこと。
2 次年度認定希望の場合は、教育・保育給付認定事務が集中し審査等に日時を要するため、提出された教育・保育給付認定申請については、翌年3月末日まで認定を延期することがあること。

保護者	現住所	(〒 -)		
	氏名	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	(←R7.1.1時点の住所) 転入(予定)日(年 月 日)		

申込区分	☐ 新規・ ☐ 継続()入園中(うち ☐ 施設変更希望あり)			
ふりがな		男	生 年 月 日	年齢(R8.4.1現在)
申請児童名		・ 平成 年 月 日生 女 令和		満 歳
				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 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
利用希望施設（事業所）名		希望理由		
第1希望				
第2希望				
第3希望				
利用希望時間(求職活動中は16時まで)		時 分～ 時 分		
希望する保育必要量	☐ 保育標準時間 ☐ 保育短時間	☐ 延長保育の利用	☐ あり ☐ 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）

児童の世帯員	こどもの続柄	氏 名	生 年 月 日	職業	会社名・学校名 (学年は令和8年4月からの学年を記入下さい。)
	父		S/H/R 年 月 日		
	母		S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
			S/H/R 年 月 日		
家庭の状況		☐ ひとり親家庭（祖父母と同居 ☐ あり・ ☐ なし） ・ ☐ 左記以外			
生活保護の適用の有無		☐ 適用なし ・ ☐ 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8年4月1日時点)		☐ 有 ☐ 無	施設名	氏名	年齢
					歳児
					歳児
兄弟姉妹の状況		申込児童は(人兄弟姉妹のうち第 子) ※年齢関係なくカウントしてください			

【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①・必要事項を記入してください）

保育を必要とする事由	父			母		
	☐	就労 (家庭外)	勤務先名： 勤務時間（残業：□有 □無） (時 分～ 時 分) 片道通勤時間(自宅→職場) 分	☐	就労 (家庭外)	勤務先名： 勤務時間（残業：□有 □無） (時 分～ 時 分) 片道通勤時間(自宅→職場) 分
		(自営業)	事業名(内容)：		(自営業)	事業名(内容)：
	☐	疾病・障害	疾病・障害名（ ）	☐	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）
	☐	介護・看病	被介護・看護者(続柄) 要介護度（ ）病名（ ）	☐	疾病・障害	疾病・障害名（ ）
	☐	災害復旧		☐	介護・看病	被介護・看護者(続柄) 要介護度（ ）病名（ ）
	☐	求職活動中	ハローワーク登録（ □有 □無 ） 活動回数：週□3回 □4回 □5回以上 □内定(会社名)	☐	災害復旧	
	☐	就学(予定)	学校名：	☐	求職活動中	ハローワーク登録（ □有 □無 ） 活動回数：週□3回 □4回 □5回以上 □内定(会社名)
	☐	育児休業中	復職予定日（令和 年 月 日）	☐	就学(予定)	学校名：
	☐	農業	内容	☐	育児休業中	復職予定日（令和 年 月 日）
	☐	その他		☐	農業	内容
	☐	その他		☐	その他	

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				
	祖母	同居・別居				
母方	祖父	同居・別居				
	祖母	同居・別居				

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 ☐ 精神障害者保健福祉手帳）	
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 ☐ てんかん ☐ アトピー ☐ ぜんそく ☐ 肘内障（肘が抜ける） ☐ その他（ ）
	症状：	
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・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、及び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・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名

*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	(否とする理由)	支給(利用)期間
可・否			自:令和 年 月 日 至:令和 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（ / ）		
円			