

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 (自署されない場合は記名押印してください。)	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	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続 () 入園中 (うち <input type="checkbox"/> 施設変更希望あり)			
ふりがな		男	生 年 月 日	
申請児童名		・ 女	平成	年 月 日生
			令和	年 月 日生
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		
預かり保育の利用希望	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし	

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		<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 type="checkbox"/> 左記以外			
生活保護の適用の有無		<input 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 8 年 4 月 1 日時点)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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園児の状況について

各種手帳の情報	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり (ありの場合チェック→)	<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"/> 肘内障 (肘が抜ける) <input type="checkbox"/> その他 ()
	症状:	
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) ありの場合 (医師の診断 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり / 薬の服用 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり)	

④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

【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)			認定区分等
令和 年 月 日	可・否					□ I 号認定
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)					
円	きょうだいカウント ()					