

# 記入例

1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）

申込年月日 令和 5年 11月 11日

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。

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。  
申請者は、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  
を講じられても異議を申し立てないこと。  
申請者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  
請があること。

保 護 者	現住所	(〒669 - 5292) 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 朗		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		(←R5.1.1時点の住所) 転入(予定)日 (R5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(R6.4.1現在)
申請児童名	朝 来 花 子	女	平成 令和 元年 7 月 16 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 6年 4月 1日 から 令和 7年 3月 31日 まで		
利用希望施設（事業所）名	希望理由		
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		

理由も必ず記入して  
ください。

チェック漏れ注  
意ください。

### 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	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6年4月からの学年を記入下さい。)
	父	朝来 太郎	◎/H/R 63年 6月 24日	会社員	あさご銀行
	母	朝来 花代	S/◎/R 2年 4月 8日	パート	(株)●●●●
	兄	朝来 太一	S/◎/R 24年 11月 15日	小学生	わだやま小学校 4年生
	姉	朝来 花	S/H/◎ 3年 4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 (クラス年齢は 令和6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	2歳児
	<input type="checkbox"/> 無	令和5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			

【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 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 <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	この欄の署名がなければ受付できませんので必ず署名してください。	税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報に関 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 <u>朝来 太郎</u>

【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	<b>こちらは記入しないでください！！</b>		認定区分等
可・否			<input type="checkbox"/> I号認定 支給(利用)期間 自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日
保育料(階層・多子) ( 階層 ) 円	備		