

教育・保育給付認定申請書(2号・3号認定用)

矢吹町教育委員会

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定及び保育園等への利用について、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、保育料の算定や資格調査等のため、住民記録及び課税台帳等を職権にて閲覧等を行うことに同意し、また関係する親族等からも同意を得ています。

申請日		令和		年	月	日		
保護者	ふりがな					生年月日		※収 受 欄
	氏 名	Ⓜ				昭和・平成 年 月 日		
	住 所	〒 矢吹町 番地						
	電話番号	(父携帯)		(母携帯)				
申請児童	ふりがな				生年月日		性別	出生順
	氏 名				年 月 日 (R4.4.1現在 満年齢 歳)		男・女	第 子
教育・保育給付認定区分		<input type="checkbox"/> 2号認定(3歳以上)			<input type="checkbox"/> 3号認定(3歳未満)			
希望する施設利用時間区分		<input type="checkbox"/> 保育標準時間(おおむね11時間)			<input type="checkbox"/> 保育短時間(おおむね8時間)			
※世帯全員を記入してください。 利用申込児童の家庭構成	氏 名	児童との続柄	生年月日	年齢 (R4.4.1現在)	職業(勤務先名称)、学校名・在園名		個人番号	
		父						
		母						
		本人						
祖父母の状況	氏 名	年齢 (R4.4.1現在)	住所(別居の場合は住所を記入してください)		就労状況(勤務先)	健康状態		
	父 祖父		同居・別居()					
	方 祖母		同居・別居()					
	母 祖父		同居・別居()					
	方 祖母		同居・別居()					
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日)		<input type="checkbox"/> 死別(年 月 日)		<input type="checkbox"/> 未婚			
	<input type="checkbox"/> 別居(年 月 日(ごろ)から)		調停 <input type="checkbox"/> あり(証明書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)					
在宅障がい児(者)世帯	<input type="checkbox"/> 該当 氏名()		生年月日(年 月 日)		年齢()		児童との続柄()	
	※身体障害手帳、療育手帳、精神障害者福祉手帳の交付を受けた者又は特別児童扶養手当の支給対象児、国民年金の障害基礎年金等の受給者							
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(年 月 日から)		<input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請)			
※市町村記入欄	マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	申請書確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	備考	確認者		

※申込書及び添付書類等の記載に関し、個人情報に係わるものについては保育園業務のみに利用することとし、他の業務利用することはありません。 (裏面あります)

※欄が不足する場合は、別紙に記載した書類を添付してください。

保育園等利用を必要とする理由等

該当する箇所にチェックまたは必要項目を記入してください。また必要書類については、別途ご提出ください。

父の状況

保育を必要とする事由		必要書類	
<input type="checkbox"/>	就労(雇用主がある場合)	<input type="checkbox"/> 就労証明書	
<input type="checkbox"/>	就労(自営)	<input type="checkbox"/> 就労証明書	<input type="checkbox"/> タイムスケジュール
<input type="checkbox"/>	疾病	<input type="checkbox"/> 利用継続に関する申立書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書又は意見書の写し
<input type="checkbox"/>	障がい	<input type="checkbox"/> 利用継続に関する申立書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写し
<input type="checkbox"/>	介護・看護	<input type="checkbox"/> 介護・看護状況申告書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写し
<input type="checkbox"/>	就学・職業訓練	<input type="checkbox"/> 在学証明書兼申告書	<input type="checkbox"/> タイムスケジュール
<input type="checkbox"/>	求職活動	<input type="checkbox"/> 誓約書兼求職活動報告書	
<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/> 保育の必要性が確認できる書類	

母の状況

保育を必要とする事由		必要書類	
<input type="checkbox"/>	就労(雇用主がある場合)	<input type="checkbox"/> 就労証明書	
<input type="checkbox"/>	就労(自営)	<input type="checkbox"/> 就労証明書	<input type="checkbox"/> タイムスケジュール
<input type="checkbox"/>	妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し	<input type="checkbox"/> 出産予定日が確認できる書類
<input type="checkbox"/>	疾病	<input type="checkbox"/> 利用継続に関する申立書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書又は意見書の写し
<input type="checkbox"/>	障がい	<input type="checkbox"/> 利用継続に関する申立書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写し
<input type="checkbox"/>	介護・看護	<input type="checkbox"/> 介護・看護状況申告書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写し
<input type="checkbox"/>	就学・職業訓練	<input type="checkbox"/> 在学証明書兼申告書	<input type="checkbox"/> タイムスケジュール
<input type="checkbox"/>	求職活動	<input type="checkbox"/> 誓約書兼求職活動報告書	
<input type="checkbox"/>	その他()	<input type="checkbox"/> 保育の必要性が確認できる書類	

保育施設等利用申請書

矢吹町教育委員会

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定及び保育園等への利用について、次のとおり申請します。なお、保育料の算定や資格調査等のため、住民記録及び課税台帳等を職権にて閲覧等を行うことに同意し、また関係する親族等からも同意を得ています。

申請日	令和 年 月 日					
保護者	ふりがな				生年月日	※収 受 欄
	氏 名	◎			昭和 ・ 平成 年 月 日	
	住 所	〒				
	電話番号	(父携帯)			(母携帯)	

ふりがな		生 年 月 日	性別
児童氏名		年 月 日 (R4.4.1現在満年齢 歳)	男・女

保育の利用を希望する期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校入学まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 まで	
利用を希望する施設名	希望する理由		
第1希望	野のはな ひかり保育園 ポプラの木 イマジン・レインボー サンライズキッズ ()		
第2希望	野のはな ひかり保育園 ポプラの木 イマジン・レインボー サンライズキッズ ()		
第3希望	野のはな ひかり保育園 ポプラの木 イマジン・レインボー サンライズキッズ ()		
第4希望	野のはな ひかり保育園 ポプラの木 イマジン・レインボー サンライズキッズ ()		
R3年1月1日に「住民票」があった市町村	父	□矢吹町 □その他(市町村名:)	
	母	□矢吹町 □その他(市町村名:)	
R4年1月1日に「住民票」があった(ある予定)市町村	父	□矢吹町 □その他(市町村名:)⇒矢吹町への転入(予定)日(年 月 日)	
	母	□矢吹町 □その他(市町村名:)⇒矢吹町への転入(予定)日(年 月 日)	
※市町村記入欄	保留希望	あり ・ なし	第4希望まで記入がない場合の保護者への確認
	済 ・ 未	備考	確認者

(裏面あります)

保育園等利用調査票

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている (父・母・祖父・祖母・親族・知人) <input type="checkbox"/> 育児休業をとって保育している (育児休業終了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 親族・知人宅でみている (父・母・祖父・祖母・親族・知人) 預けている人の氏名 () <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に預けている (施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()
入園できなかった場合	<input type="checkbox"/> 父または母が自宅で保育する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 幼稚園に預ける (園名) <input type="checkbox"/> 親族・知人等に預ける (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 ()
※該当の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 同時に申込をするきょうだいがいる ・氏名 () 申込児童との続柄 () <input type="checkbox"/> すでに保育園等に入園しているきょうだいがいる ・氏名 () 申込児童との続柄 () 施設名 () ・氏名 () 申込児童との続柄 () 施設名 () <input type="checkbox"/> 保育園等に入園していない小学校就学前児童がいる ・氏名 () 申込児童との続柄 () 生年月日 (年 月 日) ・氏名 () 申込児童との続柄 () 生年月日 (年 月 日)
※該当の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 同じ月に同じ施設の利用を希望する。(それ以外利用は辞退して待機する。) <input type="checkbox"/> 同じ月に利用できれば、希望している施設の中で別々の施設になっても良い。 <input type="checkbox"/> 同じ月に利用できなくても良いが、同じ施設の利用を希望する。(入園できない児童の保育手段:) <input type="checkbox"/> その他 ()

児童の状況票

治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 : _____ 医療機関名 : _____ 治療状況 : _____ 週・月 回程度 服薬 : 有・無
これまでに入院したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 : _____ (歳 か月頃) 医療機関名 : _____ 治療状況 : _____ 入院期間 日間 手術 : 有・無
アトピーやアレルギーなどはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある < アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他 () > ※「ある」にチェックした方は具体的に症状等を記入してください。
子どもの発達状況	首のすわり (月) ねがえり (月) おすわり (月) ハイハイ (月) 歩行 (歳 月) 発語 (月) 単語・二語文・三語文 栄養状況 ミルク (日 回 1回量 cc) 母乳 (日 回) 離乳食 (日 回)
乳幼児健診等の状況	<input type="checkbox"/> 4か月児 <input type="checkbox"/> 1歳児 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 2歳児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/> その他医療機関での実施 () <input type="checkbox"/> 受けていない
【その他】保育園等を利用するにあたり、児童の健康や発育について心配なことを記入ください。	
乳幼児健診等で経過を見ていたものについて <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { 言葉・身長・体重・落ち着き ・その他 () }	その他気になること(※自由記載) (※乳幼児健診で経過をみていたものについても、こちらにご記入ください。)
障害者手帳は持っていますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある < <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 >

上記「児童の状況票」の内容について、申込児童の育児支援のため、必要に応じ、町保健師及び保育施設と情報を共有することに同意します。

(※必ずしも同意を求めるものではありません。ただし、同意がない方については個別に相談させていただく場合がございます。)

保護者署名

Ⓜ