

# 【記載例】

## 教育・保育給付認定申請書兼入園申込書

伊豆の国市長 宛

【申請にあたって同意していただく事項】

1 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、給付認定の審査及び保護者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官

2 支払義務者である保護者(同居している保護者で  
3 申請に係る子どもを監護している方、世帯主等)  
4 が、署名または記名押印してください。  
5 通知書等の宛名となります。

あります。  
して必要と認められる場合に、施設や事業者等に提供することがありま  
するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第20条第6項の規  
を延期する場合があります。

昼間、連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

(これまでに申請したことがある場合は、同じ保護者が申請してください。)

申請日 令和 5 年 4 月 3 日

保護者	ふりがな	いく たろう		日中に連絡の取れる連絡先			
	氏名	伊国 太郎		① 父(母)その他( )	090-1234-5678		
				② 父(母)その他( )	090-8765-4321		
保護者の住所	〒	410-2211					
	伊豆の国市長岡	346-1 伊豆ハイツ 101					
	R4.1.1 現在の住所	<input type="checkbox"/> 伊豆の国市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(市町村名:○△市 )		R5.1.1 現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 伊豆の国市 <input type="checkbox"/> 市外(市町村名: )		
申請に係る子ども	ふりがな	いく たいち		生 年 月 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	伊国 太一		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 5 月 7 日	障害者該当※	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
保育の希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育園等(※1)で保育の利用を希望する場合					
	<input type="checkbox"/> 無	幼稚園等(※2)の利用を希望する場合					

※1「保育園等」とは、保育園、認定こども園(保育)等  
※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育)

親族や同居人など同居している全員を記入してください。  
単身赴任の場合も世帯員として記入してください。

申請に係る子どもの世帯状況 (生計を一にする別居の家族を含みます。申請に係る子ども以外を記載してください。)

区分	氏 名	子どもとの続柄	生年月日	性別	勤務先・学校・幼稚園・保育園等の名称	個人番号	障害者該当※
子どもの家族及び同居人	伊国 太郎	父	H2. 3. 2	男(女)	伊豆の国市役所	1111 1111 1111	<input type="checkbox"/> 有
	伊国 花子	母	H2. 8. 10	男(女)	伊豆の国スーパー(株)	2222 2222 2222	<input type="checkbox"/> 有
	伊国 市花	姉	H24. 5. 7	男(女)	長岡南小学校		<input type="checkbox"/> 有
	伊国 次郎	兄	H29. 9. 18	男(女)	〇〇保育園		<input type="checkbox"/> 有
	伊国 一郎	祖父	S30. 2. 22	男(女)	無職		<input type="checkbox"/> 有
	伊国 町子	祖母	S33. 2. 20	男(女)	伊豆の国工業		<input type="checkbox"/> 有
					男・女		
生活保護・中国残留邦人等の支援給付		<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日受給開始)					
ひとり親世帯の状況		<input checked="" type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 離婚調停中					

※「障害者該当」欄は、次のいずれかに該当する場合、「有」に☑してください。(施設等に入所又は入院している場合を除きます。)

- ア 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の身体障害者手帳の交付を受けている
- イ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている
- ウ 療育手帳制度要綱(昭和48年9月27日厚生省発児第156号)の規定により療育手帳の交付を受けている
- エ 国民年金法(昭和34年法律第141号)第15条の障害基礎年金の支給を受けている
- オ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)第3条の特別児童扶養手当の支給の対象である

**利用を希望する期間、施設名等**

利用を希望する期間	令和 <b>5</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日から 令和 年 月 日まで		
利用を希望する施設名	希望順	施設名	希望理由
	第1	〇〇保育園	自宅が近く、兄弟が利用しているため
	第2	△△保育園	勤務場所に近いため
	第3	希望する順番に施設名を、希望理由も忘れずに記入してください。	
	第4		

※幼稚園等の利用を希望する場合は、第1希望欄に入園する園を記入してください。

**保育の利用を必要とする理由**

※保育園等の利用を希望する場合のみ記入してください。

保育を希望する日、時間	曜日		時間	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		<b>8時15分</b> から <b>17時45分</b> まで	
保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(最長11時間) <input type="checkbox"/> 保育短時間(最長8時間)※育休・求職活動は短時間のみ			
父	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他( )		
	就労時間等	平日	<b>8時30分</b> から <b>17時15分</b>	土曜 時 分から 時 分
		1日(平均)	<b>8時間45分</b>	1ヶ月(平均) <b>22日</b> 通勤時間(片道) <b>30分</b>
母	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> その他( )		
	就労時間等	平日	<b>9時00分</b> から <b>17時00分</b>	土曜 時 分から 時 分
		1日(平均)	<b>8時間00分</b>	1ヶ月(平均) <b>22日</b> 通勤時間(片道) <b>30分</b>

**祖父母の状況**

子どもとの続柄	氏名	年齢	住所	勤務先等
父方	祖父	<b>伊国 一郎</b>	<b>67</b> <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: )	<b>無職</b>
	祖母	<b>伊国 町子</b>	<b>64</b> <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(市町村名: )	<b>伊豆の国工業</b>
母方	祖父	<b>静岡 次郎</b>	<b>63</b> <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: ○△市 )	<b>○△産業</b>
	祖母	<b>静岡 海子</b>	<b>60</b> <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(市町村名: ○△市 )	<b>無職</b>

**申請に係る子どもの健康・発達状況**

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	【アレルギー名や食品名など】 <b>ピーナッツ</b>	【症状や気を付けていること】 <b>じんましんが出る。食んだものは食べさせていない。</b>
乳幼児健診の指摘事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【内容】	

記入はここまです。

**【受付確認】**

	受付年月日	年 月 日
施設(事業所)名		
担当者氏名及び連絡先	(氏名)	(電話番号)
個人番号の記入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他の書類2つ	