

様式第1号（第3条関係）

子どものための教育・保育給付認定申請書（兼入所申込書）

年 月 日

保護者氏名

大田原市長 様

次のとおり、子どものための教育・保育給付に係る教育・保育給付認定を申請します。

申請児童	氏名	生年月日	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(フリガナ)	年 月 日		有・無 ※ ()
保護者	(住所) 〒 大田原市 (電話番号1) (電話番号2)			
保育の希望の有無 (※1)	有： 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合（幼稚園等と併願の場合を含む。）			
	無： 幼稚園等の利用を希望する場合（保育所等と併願の場合を除く。）			

(※1) ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。（以下同じ。）

①保育の利用を必要とする理由等※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は、該当箇所を〔及び記入してください。〕

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 () ◆具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等）を記入してください。 ()	
<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <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"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 () ◆具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況等）を記入してください。 ()		

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	無・有 ()
その他特記事項	無・有 ()

③世帯の状況（申請児童を含む。）

世帯員 (同居人・パートナーを含む。)	フリガナ氏名	児童との続柄	生年月日	個人番号	職業又は学校名等	障害の有無
		本人	年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
			年 月 日			有・無
ひとり親世帯等の該当の有無	非該当・該当【 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等（離別・死別・未婚） <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）のいる世帯】					
生活保護の適用の有無	非該当・該当 (年 月 日 保護開始) (世帯主名:)					
中国残留邦人等支援給付の有無	非該当・該当 (受給者名:)					

④利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日から	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 就学前まで
希望する 利用曜日・時間（※2）	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで
利用を希望する施設 （事業者）名（※3）	施設（事業者）名・希望理由（※4）		事業所番号（※5）
	第1希望	（希望理由）	
	第2希望	（希望理由）	
	第3希望	（希望理由）	
	第4希望	（希望理由）	
	第5希望	（希望理由）	

（※2）幼稚園等の利用を希望する場合は、記入不要です。

（※3）幼稚園等を経由して市に提出する場合は、記入不要です。

（※4）小規模保育等を利用しており、連携施設への入所希望の場合は、その旨も記入してください。

（※5）市記載欄のため、記入不要です。

⑤税情報等の提供に当たっての同意欄

大田原市が子どものための教育・保育給付の教育・保育給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること並びに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 _____ ※代理人が記名する場合は、本人からの委任状を取ってください。

*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日 _____ 年 月 日

施設（事業者）名	施設名： _____ （事業所番号： _____ ）
担当者氏名	（担当者）
連絡先	（連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ _____ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	

*市記載欄

受付年月日 _____ 年 月 日

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否（否とする理由 _____ ） 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短）
支給（入所）の可否		支給（利用）期間
可・否（否とする理由 _____ ） <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型		自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日
入所施設（事業者）名 及び施設形態	施設名： _____	
	<input type="checkbox"/> 認定こども園（ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）	
備考		

確認事項	<input type="checkbox"/> 身元確認	取扱者印	調整指数	確認	認定証	入所承諾書	算定	負担通知
	<input type="checkbox"/> 番号確認				番号 <input type="checkbox"/> 送付	番号 <input type="checkbox"/> 送付	<input type="checkbox"/> 算定根拠 <input type="checkbox"/> 算定	番号 <input type="checkbox"/> 送付