

## 記入例

への利用希望の方が、申込み（申請）する様式です。

保育園入園申込子どものための教育・保育給付認定申請書

行方市長 宛て  
(福祉事務所長)【注】修正液・修正テープ  
シャチハタ 不可

申請日 R1 年 11 月 1 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。また、行方市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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又は照会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	住所	連絡先		
	(ふりがな)		自宅	携帯1	
	なめがた 行方 太郎 ㊟	行方市 玉造甲404	0299-55-0111	続柄(父)	
			090-1111-2222	続柄(母)	
			080-3333-4444	続柄(母)	
入園児童	氏名	生年月日	性別	児童の個人番号	保護者との続柄
	(ふりがな)				
	なめがた 行方 次郎	H30 年 4 月 4 日生	㊟・女	1234-5678-9000	子

## 1. 利用を希望する施設(事業所)名、期間等

利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由			
	第1希望	〇〇〇園	希望理由	例) 自宅から近い
	第2希望	△△△園	希望理由	例) 園の方針が非常に良い
	第3希望	□□□園	希望理由	例) 勤務先から近い等
利用を希望する期間	令和2 年 4 月 1 日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 令和3 年 3 月 31 日まで <input type="checkbox"/> 就学前まで			
希望する利用日、時間	利用希望日			利用時間
	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土			7時00分 から 17時30分まで

## 2. 世帯の状況：申込児童以外の家族（特に保護者）の状況を記入してください。

区分	氏名	生年月日	児童との続柄	性別	勤務先名又は学校・園名等	個人番号(マイナンバー)	備考
申込児童を除くすべての世帯員	(ふりがな) なめがた 行方 太郎	昭和56年 1月 1日生	父	㊟・女	例) 会社員・農業・自営業(〇〇建設)パート等	1111 2222 3333	
	(ふりがな) なめがた 行方 花子	平成4年 2月 2日生	母	男・㊟	例) 会社員・農業・自営業(〇〇建設)パート等	4444 5555 6666	
	(ふりがな) なめがた 行方 一郎	平成23年 3月 3日生	兄	㊟・女	例) ◆◆小学校・××幼稚園・▽▽保育園等	7777 8888 9999	
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女			
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)						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯： 年 月 から 理由： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> その他( )						
障がい手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名( ) 種類(身障・精神・療育 級・判定) ※手帳の写しを添付してください。						

3. 保育を必要とする事由

		父親の状況	母親の状況
保育を必要とする事由		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他( )
	形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣・パート・アルバイト・内職 自営業(自宅内・自宅外)・自営手伝い 農業・農業手伝い・その他( )	常勤・派遣・パート・アルバイト・内職 自営業(自宅内・自宅外)・自営手伝い 農業・農業手伝い・その他( )
就労の方	名称	◎×□株式会社	
	住所	行方市麻生5315-7	
	日数	月( 20 日) ・ 週( 5 日)	月( )日 ・ 週( )日
	時間	8 時 30 分 ~ 17 時 30 分 (約 8 時間)	時 分 ~ 時 分 (約 時間)
	通勤時間: 片道( 30 分) 残業: なし・あり(1日平均 1 時間)	通勤時間: 片道( )分 残業: なし・あり(1日平均 時間)	
出産の方			年 月 日 出産予定・出産
疾病・障がいのある方	病名・障がい名:		
	医療機関名:		
	入院( 年 月~)・通院(月・週 日)	入院( 年 月~)・通院(月・週 日)	
	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)	
介護・看護をされている方	病人等の氏名: ( 歳)(続柄 )	病人等の氏名: ( 歳)(続柄 )	
	病名・障がい名:	病名・障がい名:	
	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)	手帳の種類(身障 級・精神 級・療育 判定)	
	看護の状況: 入院・居宅内 / 常時・随時	看護の状況: 入院・居宅内 / 常時・随時	
就学中の方	学校名:	学校名:	
	期間: 年 月 日~ 年 月 日	期間: 年 月 日~ 年 月 日	
	通学状況: 週 日・月 日	通学状況: 週 日・月 日	
	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
求職活動をしている方	面接予定( 社)・採用回答待ち 入所決定してから求職活動をする	面接予定( 社)・採用回答待ち 入所決定してから求職活動をする	

※保育を必要とする事由に合わせて、必要な添付書類を提出してください。

\*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・非 (否とする理由)  年 月 日認定		□ 1号	
		□ 2号	□標準 □短
		□ 3号	□標準 □短
支給(入所の可否)		支給(利用)期間	
可・否(否とする理由) 〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		年 月 日	
		年 月 日	
備考:			