

子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 保育利用申込書

【注意】

育児休業給付の支給対象期間延長手続きをする方は、町提出前にコピーを保管してください。
 ※町は保育利用申込書のコピーを原則配布しません。
 ※手続きの詳細は育児休業等給付コールセンター(0570-200-406)へご確認ください。

保育所等利用中のきょうだいの認定申請時の保護者と異なる場合、上のきょうだいの保護者名で統一します。

〇〇〇

保育所(園)

新規 継続

申請日	****年**月**日		氏名	藤崎 太郎		(※)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
申請児童	氏名		生年月日		性別	兄弟姉妹における順番
	カガキ ツギ 1 ヶ		****年**月**日			
	藤崎 ゆめ		*****		男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 第1子 <input checked="" type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降
保護者住所・連絡先	住所	〒038-3803 藤崎町大字西豊田一丁目1番地				
	父携帯	****-****-****	自宅	(****) **-****		
	母携帯	****-****-****	(父職場)	(****) **-****		
保護者の本年1月1日の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 藤崎町 <input type="checkbox"/> 藤崎町外()		保護者の前年1月1日の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 藤崎町 <input type="checkbox"/> 藤崎町外()
	母	<input type="checkbox"/> 藤崎町 <input checked="" type="checkbox"/> 藤崎町外(弘前)		母	<input type="checkbox"/> 藤崎町 <input checked="" type="checkbox"/> 藤崎町外(弘前)	
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所等のみ希望(保護者の就労等により保育が必要)				
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幼稚園等と保育所等の両方を希望(保育が必要だが幼稚園等も申込:併願)				
現在入所保育所・利用が内定している幼稚園等名称		支給認定証番号		(交付されている場合)		
利用希望期間	****年 4月 1日 ~		<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで			
			<input type="checkbox"/> 年 月 日まで			

(※)・「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。
 ・保育の希望「有」の場合は次の①~④に、「無」の場合は次の①~②に必要事項を記入してください。

*施設記入欄(施設(事業者)を経由して町に提出する場合)

受付年月日	年 月 日	施設(事業者)名(事業所番号)	()
担当者氏名・連絡先	担当者()連絡先()		
入所契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日 契約・内定) <input type="checkbox"/> 無		

*町記入欄

受付年月日	年 月 日	支給認定証番号	
認定の可否		認定区分等	認定の有効(利用)期間
可・否	年 月 日認定	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	自 年 月 日 至 年 月 日
(可とする理由)		支給(利用)の可否	
可・否	<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	(否とする理由)	
入所施設(事業者)名(事業所番号)	()	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(家庭的・小規模・事業所・居宅) <input type="checkbox"/> 認定こども園(幼保連携型・幼稚園型・保育所型・地方裁量型)	
年度 町民税所得割	均等割	国階層 第 階層	利用者負担額(保育料)
父	有・無	町階層 第 階層	
母	有・無	年齢 歳	
()	有・無	基準額・半額・無料・母子等・第3子	
合計			

①世帯の状況

氏名	児童との続柄	生年月日		性別	勤務先・学校名・通園施設名等学年も記入してください。	備考
		個人番号				
アガナ ヲ井 ヌウ 藤崎 太郎	父	****年**月**日 *****		男	〇〇株式会社弘前支店	
アガナ ヲ井 ノコ 藤崎 花子	母	****年**月**日 *****		女	〇〇病院	
アガナ ヲ井 ノム 藤崎 希望	兄	****年**月**日 *****		♀女	〇〇保育所	支給認定番号 ****
アガナ ヲ井 イウ 藤崎 一郎	祖父	****年**月**日 *****		♂女	〇〇運送会社青森支店	
アガナ ヲ井 ノウ 藤崎 さくら	祖母	****年**月**日 *****		男 ♀	無職	
アガナ				日		
アガナ				日		

世帯を分けている同居の祖父母等についても、必ず記入してください。
また、県外学校在籍などにより別居監護している児童も記入してください。

健康保険における児童の扶養者 父 母 父母以外⇒ 児童との続柄： 氏名： ()

生活保護の適用 無 有⇒ 年 月 日 保護開始

ひとり親の場合の理由 離婚 死別 未婚 行方不明 拘禁 離婚前提別居中 (離婚協定中・裁判中・どちらでもない) 時期 (いつから) 年 月 日から

同居者等の障がい・介護認定 障がい 介護認定 内容：身体障害1級 児童との続柄：祖母 氏名：藤崎 さくら 障がい 介護認定 内容： 児童との続柄： 氏名：

祖父母の状況	同居・別居の別 (別居の場合は住所を番地まで記入)	氏名	年齢	就労 ()	健康状態
父	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	藤崎 一郎	**	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()
方	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:	藤崎 さくら	**	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (身障)
母	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 住所: 弘前市白銀町1番地	弘前 次郎	**	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 他 (病欠)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (入院)
方	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 住所: 弘前市白銀町1番地	弘前 梅子	**	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()

②申請児童の状況

アレルギー 無 有
⇒有の場合 卵 牛乳 大豆 小麦粉 そば その他：エビ
家庭での除去の内容 完全除去 部分除去 除去なし
医師の指導に基づいて いる いない
食物以外のアレルギー：〇〇〇

治療中の傷病や既往症 無 有
⇒有の場合 病名：気管支喘息 時期：****年6月頃～ 年 月頃まで
通院頻度：週・♾ 2日 経過等：定期的に通院中

施設利用時に健康上や発育上で気になること ※重症心身障害児である場合、生活維持に必要なスキルを伸ばしている場合又は医療的ケア(吸引、経管栄養等)を必要とする児童の等級が高いことや、医療的ケアが必要であることなどを把握しながらその状況を申告しなかったことが判明した場合、安全に保育できない恐れがあるため、入所決定を取り消すことがあります。

※以下は1ページ目「保育の希望の有無」で、「有」を選択した方が記入してください。

③保育を必要とする事由

続柄	保育を必要とする事由 及び 保護者の状況
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 ⇒1日(8時間) : 1か月あたり(20日) : 1か月就労時間(160時間)
	<input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい ⇒傷病・障がい名: _____ 障害者手帳: _____ 級 ⇒入院・通院 治療見込期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 ⇒傷病名: _____ 要介護度: () ⇒入院・通院 治療見込期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 1日(_____ 時間) : 1か月あたり(_____ 日) : 1か月 時間(_____ 時間)
	<input type="checkbox"/> 災害復旧 具体的に: ⇒復旧見込み期間: _____
	<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備等⇒就労予定: _____ 年 月 日~ 具体的な活動状況: _____
	<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 ⇒1日(_____ 時間) : 1か月あたり(_____ 日) : 1か月就学時間(_____ 時間) ⇒就学先: _____ 期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 育児休業 ⇒期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
父母以外の場合 ()	<input type="checkbox"/> その他: _____
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 ⇒1日(7.75時間) : 1か月あたり(16日) : 1か月就労時間(124時間)
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 ⇒出産(予定)日: _____ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 保護者の疾病・障がい ⇒入院・通院 傷病名: _____ 障害者手帳: _____ 級 ⇒治療見込期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 同居親族の介護・看護 ⇒傷病名: _____ 要介護度: () ⇒入院・通院 治療見込期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 1日(_____ 時間) : 1か月あたり(_____ 日) : 1か月 時間(_____ 時間)
	<input type="checkbox"/> 災害復旧 具体的に: ⇒復旧見込み期間: _____
	<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備等⇒就労予定: _____ 年 月 日~ 具体的な活動状況: _____
	<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 ⇒1日(_____ 時間) : 1か月あたり(_____ 日) : 1か月就学時間(_____ 時間) ⇒就学先: _____ 期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 育児休業中⇒期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	

【注意】入所させる意思のある施設のみ記載願います。
 どれか1つでも受入可能な施設がある場合、その中で順位が高い施設に決定します。

④保育の利用を希望する

利用希望する事業者)名	希望理由
第1希望 〇〇保育所 <input checked="" type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 認定こども園	自宅から近い
第2希望 〇〇保育園 <input checked="" type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 認定こども園	母の職場の通勤途中にある
第3希望	【注意】育児休業給付の延長手続きをする方は、この設問に必ず回答してください。(ハローワークから確認があります。)
兄弟の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無: ⇒ 1人(うち就学前児童 1人、小学生 _____ 人、その他 _____ 人) 保育所等入所兄弟: <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 〇〇保育所・ _____ 認定こども園
備考	希望施設への入所ができなかった場合の対応をお知らせください。(いずれか1つを選択) <input type="checkbox"/> 利用できるまで自宅等で親族等が保育する <input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり、幼稚園又は認可外保育施設を利用する(施設名: 〇〇保育所) <input type="checkbox"/> 育児休業を延長して保育する
	<input type="checkbox"/> 希望施設に入所できない場合、育児休業の延長も許容できる(許容できる時のみ選択) ※利用調整(選考)において優先順位を低く設定しますが、入所が決定することもあります。
その他特記事項 〇〇〇〇〇〇	【注意】回答の如何に関わらず、入所決定後にやむを得ない理由無しに決定を辞退した場合、育児休業給付の延長が認められないことがあります。