

令和6年度 給付認定申請書 兼保育所(園)入所申込書

(表面)

(宛先) 三条市教育委員会

(申請日) 令和 年 月 日

裏面の【申請に当たっての同意事項】に同意の上、子どものための教育・保育給付又は子育てのための施設等利用給付の給付認定を申請します。

申請する認定区分 ア～エのうち該当に○	※ 項目番号の欄を記入してください	※ 参考:利用希望施設等の種類
ア 法第19条 1号認定	表面 1・2	幼稚園、認定こども園(教育)
イ 法第30条の4 1号認定	表面 1・2	幼稚園(新制度未移行)、国立大学附属幼稚園、特別支援学校幼稚部
ウ 法第19条 2号認定/3号認定	表面 1・2・3	保育所、保育園、認定こども園(保育)、企業主導型保育事業所
エ 法第30条の4 2号認定/3号認定	表面 1・2・3 裏面 4	幼稚園預かり保育、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業

※ ウ及びエの申請は、保育を必要とする理由の証明書等を添付してください。

1 申請者、申請に係る児童等

保護者	フリガナ			申請する児童との続柄	日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入してください	
	氏名				① 父携帯・母携帯・自宅・その他() ()	
	現住所	〒			② 父携帯・母携帯・自宅・その他() ()	
	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒			③ 父携帯・母携帯・自宅・その他() ()	
令和5年1月1日現在の住所	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
令和6年1月1日現在の住所	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ		(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

フリガナ		性別	男・女	障害者手帳等の有無	□有	生年月日	平成 年 月 日 (歳)
入所児童氏名						個人番号 (マイナンバー)	※令和6年4月1日現在の年齢
						入所施設名 (現在入所している場合に 併記入ください)	

	フリガナ 氏名	入所児童 との続柄	生年月日		勤務先、学校名、保育所 (園)・幼稚園等施設名	障害者手帳 等の有無
			個人番号	年 月 日 (歳)		
(生計の中心者の番号に○を付けてください)	1	父	個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S H	年 月 日 (歳)		
	2	母	個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S H	年 月 日 (歳)		
	3		個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S R	年 月 日 (歳)		
4			個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S H	年 月 日 (歳)		
5			個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S H	年 月 日 (歳)		
6			個人番号	- -		<input type="checkbox"/> 有
			S R	年 月 日 (歳)		

ひとり親の場合 離婚(年 月 日) 死別(年 月) 未婚
離婚前提別居(年 月 日(頃)から【調停 無 有《証明 無 有》】)

生活保護の状況 適用なし 適用あり(保護開始日: 年 月 日)

2 利用を希望する施設名と期間

希望する施設名	① 幼稚園・保育所・保育園・こども園	② 幼稚園・保育所・保育園・こども園	③ 幼稚園・保育所・保育園・こども園
希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ・ 就学まで		

3 保育を必要とする理由、保育の実施を希望する曜日及び保育時間等

両親等の状況: 父()、母()	1 家庭外労働 2 家庭内労働 3 母の出産(予定日:令和 年 月 日)
*右の当てはまる番号を記入してください	4 疾病・負傷等 5 病人の看護等 6 家庭の災害等 7 求職活動等
令和6年度中に育児休業を取得する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
*取得予定を含む	<input type="checkbox"/> 入所希望児童の休業 <input type="checkbox"/> 入所希望児童のきょうだいの休業
当てはまる曜日に○ 月 火 水 木 金 土	(平日) 時 分~ 時 分(土曜) 時 分~ 時 分
入所児童の食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> エピペン有 <input type="checkbox"/> 内服薬有
慢性的な病気や発達等で気になる点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()

