

6

[]

管内・管外

受付印

教育・保育給付認定申請書兼保育所等利用申込書

四街道市長 あて

保護者	氏名	四街道 太郎			確認事項	住	税	/
	住所	〒284-9999 四街道市 鹿渡12-34-56-789						
	メールアドレス	yotsukaido-taro-shikawatashi @ 〇〇〇.jp						
	緊急連絡先	① 090 - 1234 - 5678	② 080 - 1122 - 3344	父携帯・母携帯・父職場・母職場・祖父・祖母・他()				
令和5年1月1日時点の住民票地		四街道市・その他 (対象者: ①父、②母兄祖父祖母 市区町村名: ①●●市、②▲▲市)						
令和6年1月1日時点の住民票地		四街道市・その他 (対象者:)			市区町村名:)			

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る給付認定を申請します。また、施設(事業)の利用について、四街道市保育所等における保育に関する規則により次のとおり申し込みます。児童の入所決定にあたって四街道市が保有する個人情報を調査・確認すること及び申請書一式の複写を入所決定施設等へ児童の情報として提供することに同意します。

申込児童	ふりがな 氏名	生年月日(令和6年4月1日時点の年齢)	性別
	よつかいどう じろう	平成●●年●●月●●日(▲歳)	男・女
	四街道 次郎	令和●●年●●月●●日(▲歳)	男

入所希望順位	希望施設名					
	第1希望	●▲保育園	第2希望	△○保育園	第3希望	▲■保育園
	第4希望		第5希望		第6希望	
※第7希望以降がある場合は、別紙様式に記載してください。→ □ 第7希望以降有						

保育所等における保育を希望する期間	令和 6 年 4 月 1 日 から	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで
保育を必要とする理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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"/> 下の子の育児休業 <input type="checkbox"/> その他()
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 下の子の育児休業 <input type="checkbox"/> その他()
希望保育利用時間	※入所事由、就労状況等によっては標準時間認定を希望している場合でも、短時間認定となる場合があります。 <input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間(1日最大11時間利用) <input type="checkbox"/> 保育短時間(1日最大8時間利用)	

【市記載欄】

入所申込の承諾	入所事由	保育所等における保育を行う期間	
	就労・学生・妊娠・出産・介護等	就労予定・求職活動・下の子育児休業・その他()	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	承諾日		入所施設名
	令和 年 月 日		

■裏面へ続く

①保護者及び同居者の状況

家族構成	ふりがな		申込児童との続柄	生年月日	年齢(R6.4.1)	性別	職業、学校、保育所、幼稚園名等	同別居	備考
	氏名								
※申込児童除く保護者及び同居の方を記入	よつかいどう たろう		父	S・H・R	▲▲	男・女	○×会社	同・別	●●市へ 単身赴任
	四街道 太郎			●●年●●月●●日					
	よつかいどう はなこ		母	S・H・R	▲▲	男・女	△□学校	同・別	
	四街道 花子			●●年●●月●●日					
	よつかいどう いちろう		兄	S・H・R	▲▲	男・女	□□保育園	同・別	
	四街道 一郎			●●年●●月●●日					
	よつかいどう ごろう		祖父	S・H・R	▲▲	男・女	○×市役所	同・別	
	四街道 五郎			●●年●●月●●日					
	よつかいどう いちこ		祖母	S・H・R	▲▲	男・女	無職	同・別	
	四街道 一子			●●年●●月●●日					
			S・H・R		男・女		同・別		
			年 月 日						
ひとり親世帯				<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 非該当（離婚調停中） <input type="checkbox"/> 該当					
生活保護の適用				<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日 保護開始）					
申込児童・保護者・同居者の身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の有無				<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（該当者氏名： ）					
祖父	父方	祖父	四街道 五郎	○×市役所	千葉県四街道市鹿渡12-34-56-789				
		祖母	四街道 一子	無職	同上				
	母方	祖父	千葉 県太郎	×○会社	鹿児島県鹿児島市中央987-654-321				
		祖母	千葉 県花子	△□会社	同上				

②個人情報等の提供にあたっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定に必要な市民税の情報（同居者を含む）及び世帯情報を調査・閲覧し、その情報に基づき利用者負担額を決定することに同意します。また、必要に応じ、特定教育・保育施設等に対して利用者負担額等を提示することに同意します。（※認可保育所は市の直接徴収となります。）※同居の18歳以上の方全員の署名

氏名 四街道 太郎 氏名 四街道 花子 氏名 四街道 五郎

氏名 四街道 一子 氏名 _____ 氏名 _____

※同意の署名または市（区町村）民税の税額を確認できる書類の提出がない場合は、保育料の算定ができないため最高額での徴収となります

③保護者通勤時間

父	第一希望の保育所等から勤務先までの	所要時間	1 時間 30 分
		交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）
母	第一希望の保育所等から勤務先までの	所要時間	時間 15 分
		交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）

④きょうだいで同時に申請をする場合（きょうだい同時に申請をしない方は記入不要です。）

<input type="checkbox"/>	1 同時に同じ園に入れなければ入園しない ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に入園できなければ全員入園できません。
<input type="checkbox"/>	2 別々の園でもよいが、同時でなければ入園しない ※申込児童のうち1人が利用可能でも、他の児童が同じ月に入園できなければ全員入園できません。
<input type="checkbox"/>	3 兄弟が入れなければ弟妹は入園しない
<input type="checkbox"/>	4 弟妹が入れなければ兄弟は入園しない
<input type="checkbox"/>	5 1人でも入園し、他児童は同じ園に入園できるまでは入園しない
<input type="checkbox"/>	6 1人でも入園し、他児童は異なる園でもできるだけ早く入園
上記にて2～6を選択した方→希望下位でも同じ園を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
※3～6を希望し、1人だけ先に入園が決まった場合であっても、確認書及び同意書の各条件は適用されます。	