

記入例：2・3号

教育・保育給付認定（変更）申請書兼保育の

黒色ボールペンで記入してください（消えるインクのボールペンは不可）。

また、修正時は二重線で消し、該当箇所に訂正印を押印してください（修正液、修正テープは不可）。

おいらせ町長 殿

- 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することがあります。
- 記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。
- 施設型給付費・地域型保育給付費は、申請者に代わり利用する施設・事業者が受領します。
- 翌年度4月利用開始の場合は、審査等に日時を要するため、支給認定証の交付については、当年度3月までに行います。
- 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、次のとおり申請・申し込みします。

☐ 支給認定証の交付を希望します。

申請日

令和 6 年 11 月 18 日

※支給認定証の交付を受けた場合、各種手続の際に提出する必要があります。

(保護者) 申請者	ふりがな	おいらせ たろう	住所	〒 039 - 2192		
	氏名	おいらせ 太郎		おいらせ町中下田135-2		
	日中の連絡先電話番号（誰の連絡先ですか） ※連絡が取れる順に記入してください。					
	1. 090-1234-5678 (母)		2. 080-1234-5678 (父)		3. 0178-56-2111 (自宅)	
児童 申請	ふりがな	おいらせ つぎお	性別	生 年 月 日	令和 2 年 9 月 9 日	
	氏名	おいらせ 二雄		申請者から見た続柄	二男	
				第何子/同時利用	第3子/同時利用2人目	
保育の利用希望	☒ 有	保護者の労働また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（幼稚園等との併願の場合を含む。）。				
	(理由)	父：	☒ 就労 ☐ 育児休業 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ）			
		母：	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 育児休業 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ その他（ ）			
	利用区分の希望	☐ 保育短時間利用を希望（1日最大8時間までの利用） ☒ 保育標準時間利用を希望（1日最大11時間までの利用）				
	☐ 無	幼稚園等の利用を希望する（保育所等との併願の場合を除く。）。				

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育所機能部分）及び地域型保育事業（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、幼稚園及び認定こども園（幼稚園機能部分）をいいます。

希望する施設・期間等	施設名	第1希望	幼保連携型認定こども園 〇〇保育園	(希望理由)	継続利用のため
		第2希望	■■こども園	(希望理由)	自宅に近いため
	期間	令和 7 年 4 月 1 日 から ☒ 小学校就学前 ☐ 年 月 日 まで			
	曜日	☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金 ☒ 土			
	時間	7 時 30 分 から 18 時 30 分 まで			

①申請児童と同居している者（別居の場合でも生計が同じである場合は記入してください。）

（生計中心者の番号に○を付けてください） 申請児童の同居者	ふりがな 氏 名		性別	申請児童 との続柄	生年月日	個人番号	備考欄
	1	おいらせ つぎお 二雄		本人		111111111111	
	2	おいらせ たろう 太郎	男	父	S59.1.1	222222222222	
	3	おいらせ はなこ 花子	女	母	H2.1.2	333333333333	
	4	おいらせ はじめ 一	男 女	兄	H27.4.3	444444444444	
	5	おいらせ まちこ 町子	男 女	妹	R3.12.1	555555555555	
	6	おいらせ はつお 初男	男 女	祖父	S30.5.1	666666666666	
	7		男 女				
	8		男 女				
	9		男 女				
	10		男 女				

②申請児童の兄弟姉妹（就学前）の保育状況 ※利用開始希望日時点

就学前の兄弟姉妹	保育状況
☐ いない	
☒ いる	☒ 申請児童と同じ施設を利用又は利用希望。 ☐ 申請児童と違う施設を利用又は利用希望。⇒（施設名 ☐ 親族、友人、その他が保育している。⇒（氏名 ☐ 保護者が働きながら保育 ⇒（勤務先の保育施設等の利用 ☐有 ☐無 ☐その他 ⇒（

③祖父母の状況

		年齢 ※希望利用開始日時点	就労等の状況	住所（別居の場合は住所の市町村まで記入してください）
父方	祖父	69 歳	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☒ 無職 ☐ その他（	☒ 同居 ☐ 別居（
	祖母	歳	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 無職 ☐ その他（	☐ 同居 ☐ 別居（
母方	祖父	60 歳	☒ 就労 ☐ 疾病・障がい ☐ 無職 ☐ その他（	☐ 同居 ☒ 別居（ 〇〇市
	祖母	59 歳	☐ 就労 ☐ 疾病・障がい ☒ 無職 ☐ その他（	☐ 同居 ☒ 別居（ 〇〇市

④同居者の障がいの有無について

☒ 同居者に障がいがある者はいない	
☐ 申請児童に障がいがある※1	障がい名または症状
☐ 同居する者に障がいがある※1	①のNo. 障がい名または症状

同居する障がい者がいる場合は、障がいの程度を証明するものを添付すること。

※1 特別児童扶養手当受給対象者の場合も「障がいがある」となります。

⑤父母の状況（1世帯1枚 ※きょうだいで利用する場合は1枚のみ作成してください。）

			母親の状況	父親の状況
☒ 就労	就労種別		☐ 居宅外労働（自営業、農業を除く） ☒ 自営業 【場所】 ☐ 自宅 ☒ 自宅外 【立場】 ☒ 中心者 ☐ 協力者 ☐ 農業 ☐ 内職 ☐ その他（ ）	☒ 居宅外労働（自営業、農業を除く） ☐ 自営業 【場所】 ☐ 自宅 ☐ 自宅外 【立場】 ☐ 中心者 ☐ 協力者 ☐ 農業 ☐ 内職 ☐ その他（ ）
		勤務先	名 称 ネイルサロン〇〇 所在地 おいらせ町向山3 電 話 0178-56-4259	国保おいらせ病院 おいらせ町上明堂1-1 0178-52-3111
	☐ 妊娠・出産		（出産予定日） 年 月 日	
	☐ 育児休業		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
☐ 疾病・障がい		（疾病・障がい名） （手帳の交付） ☐ 有 ☐ 無	（疾病・障がい名） （手帳の交付） ☐ 有 ☐ 無	
☐ 介護・看護		誰の介護・看護ですか ⇒（ ） 休暇取得 年 月 日から 年 月 日まで	誰の介護・看護ですか ⇒（ ） 休暇取得 年 月 日から 年 月 日まで	
☐ 災害復旧		内容（ ） 年 月 日から 年 月 日まで	内容（ ） 年 月 日から 年 月 日まで	
☐ 求職活動		求職申立書のとおりに	求職申立書のとおりに	
☐ 就学	学 校 名			
	就学の目的			
	期 間	年 月 日まで	年 月 日まで	
	卒業後の予定	☐ 未定 ☐ 就労予定	☐ 未定 ☐ 就労予定	
前年度1月1日時点の住所 ただし、4～8月入所の場合は前々年度の1月1日時点の住所		〇〇市〇〇1丁目1-1 ☐ 現住所と同じ	☒ 現住所と同じ	
申請後の転居予定		☒ 無 ☐ 有（転居先： ）（転居予定日： 年 月 日）		
生活保護		☒ 受けていない ☐ 受けている ⇒ 年 月 日から		
ひとり親の場合の理由		☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 別居 ⇒ 年 月 日 ☐ 未婚 ☐ その他（ ） ☐ 調停・裁判中※証明するものを添付		

※保育が必要である（家庭で保育できない）ことを証明する書類の添付が必要です。