

受付	記入例：1号
入力	

### 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・事業者へ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 5 年 11 月 13 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 元 年 9 月 9 日
	氏名	おいらせ 二雄			男	申請者から見た続柄
						第何子/同時利用
保育の利用希望	<input type="checkbox"/> 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：		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他（		
				<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動		
				<input type="checkbox"/> その他（		
<input checked="" type="checkbox"/> 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。）				

**教育認定（1号）で入所を希望する場合は、『無』欄にチェックしてください。**

※「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 ○○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 6 年 4 月 1 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前		□ 年 月 日 まで		
	曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金   □土				
	時間	9 時 00 分 から 14 時 00 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
<input type="checkbox"/> いない	
<input checked="" type="checkbox"/> いる	<input checked="" type="checkbox"/> 申請児童と同じ施設を利用又は利用希望。 <input type="checkbox"/> 申請児童と違う施設を利用又は利用希望。⇒（施設名） <input type="checkbox"/> 親族、友人、その他が保育している。⇒（氏名） <input type="checkbox"/> 保護者が働きながら保育 ⇒（勤務先の保育施設等の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 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	68 歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（）
	祖母	歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（）
母方	祖父	60 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（〇〇市）
	祖母	59 歳	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（）	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居（〇〇市）

④同居者の障がいの有無について

<input checked="" type="checkbox"/> 同居者に障がいがある者はいない	
<input type="checkbox"/> 申請児童に障がいがある※1	障がい名または症状
<input type="checkbox"/> 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。