

子どものための教育・保育給付認定申請書(2号・3号認定用)兼利用申込書

保育所
認定こども園
(保育認定用)

記入例

(宛先) 0条又は第23条第1項の規定により、同法第1...
併せて、児童福祉法第24条第3項に基づく...
また、この申請書等及び添付書類の写しを利用内定の施設に送付する...
して課税情報(同居者を含む。)及び世帯情報を閲覧することに同意します。

納付書・文書を送付する際の
保護者名を記入

就学前子どもの...
おける保育を申し込みます。
担額の決定及び副食費の徴収免除対象判定に関

申込日	令和2年12月1日	保護者(申請者)	氏名	周南 さくら	住所	周南市岐山通 1-1
			個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
上記の申請及び個人番号の提供は 右の者に委任します。		代理人	氏名		住所	(申請者と同住所の場合は記載不要)
			続柄			
父母 就学 税情	申込児童以外を記入 を記入してください。(年齢・学校名等は4月1日現在) いるなど生計を一にする別居の児童がいる場合も記入してください。 場合は、同意押印欄へ押印してください(未成年者を除く。)。					
児童から 見た続柄	氏名	生年月日	年齢	職業又は学校名等	害	別居(別居のみ記入)
父	(フリガナ) シュウナン イチロウ 周南 一郎 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	平成5年5月5日	27	(株)〇〇会社	有 無	〇〇市〇区 〇〇町△-△ 印
母	(フリガナ) シュウナン サクラ 周南 さくら 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	平成5年6月6日	27	〇〇病院	有 無	〇〇市〇区 〇〇町△-△ 印
祖父	(フリガナ) ヤマガチ タロウ 山口 太郎 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	昭和43年7月7日	52	自営業	有 無	〇〇市〇区 〇〇町△-△ 印
祖母	(フリガナ) ヤマガチ ハナコ 山口 花子 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	昭和43年8月8日	52	自営業	有 無	〇〇市〇区 〇〇町△-△ 印
兄	(フリガナ) シュウナン ゲンキ 周南 元気 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	平成30年9月1日	1	〇〇保育園	有 無	〇〇市〇区 〇〇町△-△ 印
	(フリガナ)	年 月 日			有 無	
1月1日 時点の住所	父: 令和2年 □市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(〇〇市・町・村)	年 □市内 □市外(市・町・村)	母: 年 □市内 □市外(市・町・村)	年 □市内 □市外(市・町・村)	父連絡先	000-111-2222
父又は母が同居 していない理由	<input checked="" type="checkbox"/> 単身赴任 □離婚(年 月) □離婚前提別居(年 月から) <input type="checkbox"/> 未婚 □死亡 □行方不明(年 月から) □その他()				母連絡先	000-222-3333
同居 障害者 の状況	同居 該当者(申込児童含む) 氏名(周南 元気) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳(3)級 □療育手帳(A・B) □精神障害者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 □国民年金の障害基礎年金受給 ※各種手帳又は受給者証の				その他	自宅 22-8455
					生活保護を受給している	
					中国残留邦人等支援給付を受給している	

単身赴任、海外勤務の場合、
住所・国名を記入

申込み内容について、問
合せることがありますの
で、必ず記入

令和3年4月1日
時点の年齢記入

①	フリガナ 氏名	シュウナン ユメ 周南 ゆめ	生年月日	令和2年10月15日	年齢	0	障害	支給認定番号	
	個人番号	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6					有 無		
利用 希望 期間	開始	令和 3年 4月 1日から	現在の 保育 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭 □職場 □親類 □認可外保育施設 □企業主導型保育施設 <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで 現在利用の施設名 []					
②	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	年齢		障害	支給認定番号	
	個人番号						有 無		
利用 希望 期間	開始		現在の 保育 状況	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 <input type="checkbox"/> 年 現在利用の施設名 []					
③	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	年齢		障害	支給認定番号	
	個人番号						有 無		
利用希望 期間	開始	前 8時 00分~午後 4時 00分	現在の 保育 状況	<input type="checkbox"/> 家庭 □職場 □親類 □認可外保育施設 □企業主導型保育施設 <input type="checkbox"/> 小学校就学前まで □一時預かり □保育所 □認定こども園 □幼稚園 □その他 <input type="checkbox"/> 年 現在利用の施設名 []					
園への特記事	※アレルギーや発達の遅れ、かかったことのある病気など気になることがあれば児童名と共にご記入ください								
希望 保育 施設 名	第1希望	希望園	〇〇保育園	第2希望	希望園	〇△保育園	第3希望	希望園	〇△こども園
	希望理由	兄が通っている		希望理由	自宅に近い		希望理由	小学校区	
	延長 保育 希望	<input type="checkbox"/> する ※実施園のみ(19時まで) <input checked="" type="checkbox"/> しない							

下記の保育を必要とする事由により終了期間を記入
就労、疾病、障害、介護・看護、災害復旧 ⇒ 小学校就学前までに
妊娠・出産 ⇒ 出産(予定)日から起算して8週間を経過する日の翌日が属する月の末日
就学、職業訓練 ⇒ 卒業・修了予定日が属する月の末日
求職 ⇒ 60日経過する日の翌日が属する月の末日

希望する保育所等を見学、HP等で施設の状況、
保育の内容等を確認のうえ、利用が決まった場合
に通える施設名を記入

求職活動、月の就労時間が120時間
未満の場合は、保育短時間

※ 新年度に係る申請の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、当年度末までに認定します。

※ 該当する区分にチェック(レ点)をし、必要な事項を記入してください。

(裏面も記入してください)

いずれの希望保育施設にも決定しなかった場合	<input type="checkbox"/> 利用できるまで待つ <input checked="" type="checkbox"/> 希望保育施設以外の保育施設を希望する <input type="checkbox"/> 認可保育施設利用以外の方法を検討する () <p style="text-align: center;">徳山地域</p>	きょうだい(複数の児童)を同時に申しこむ場	◆園について <input checked="" type="checkbox"/> 同じ園に入園できない場合は入園しない <input type="checkbox"/> 別々の園でも入園する。 <input type="checkbox"/> その他
	◆時期について <input checked="" type="checkbox"/> 同時期に入園できない場合は入園しない <input type="checkbox"/> 時期が別でも入園する。 <input type="checkbox"/> その他		

希望地域(徳山・新南陽・熊毛・鹿野)があれば余白に記入

【保】 該当する区分にし、
 ※該 必要事項を記入してください。
 ※父 が必要となります、添付書類の欄をご確認ください。
 ※通勤時間は自宅から職場までの時間を記載してください。

区分	父の状況		母の状況		添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 就労	就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児休業中 (復職予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 就労先内定	<input type="checkbox"/> 就労中 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業中 (復職予定日 令和 3年 4月 1日) <input type="checkbox"/> 就労先内定	雇用証明書又は 自営業確認書(様式有)	
	通勤時間	片道 時間 30分	片道 時間 30分		
<input type="checkbox"/> 内職	開始時期	年 月 日	年 月 日		
	仕事時間	1日 時間	1日 時間		
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産(予定)日	令和3年4月20日		母子手帳の写し(表紙及び分娩予定日のページ)	
	出産後の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 就労予定なし <input type="checkbox"/> 産休のみ <input type="checkbox"/> 育児休業取得	<input type="checkbox"/> 求職活動予定 : 年 月 日復職 : 年 月 日復職		
<input checked="" type="checkbox"/> 疾病	病名等	〇〇〇〇症		診断書又は診断証明書(様式有)	
	病院名	〇〇病院			
	状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 常時安静が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()		
	期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで	期間 : 令和 2年11月 1日 から 令和 3年10月31日 まで		
<input checked="" type="checkbox"/> 障害	障害名	〇〇〇〇症		診断書又は診断証明書(様式有)及び手帳をお持ちの場合はその写し	
	手帳の交付	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳()級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 A B		
<input checked="" type="checkbox"/> 介護・看護	介護・看護の対象者	氏名	続柄	氏名	続柄
	病名等	〇〇〇〇障害			
	介護・看護の状況	<input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院 週 回 <input type="checkbox"/> 居宅内介護看護	<input type="checkbox"/> 入院又は通院している親族に付き添い 入院 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 通院 週 回 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅内介護看護	・看護申立書(様式有) ・診断書又は診断証明書(様式有)	
	介護・看護の期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで		
<input checked="" type="checkbox"/> 就学・職業訓練	学校名	〇〇専門学校		・在学証明書 ・就学時間の確認ができるカリキュラム等	
	就学日数	1か月あたり 日	1か月あたり 20日		
	就学時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	午前 8時 30分 ~ 午後 4時 00分		
	就学期間	期間 : 年 月 日 から 年 月 日 まで	期間 : 令和 3年 4月 1日 から 令和 5年 3月15日 まで		
<input checked="" type="checkbox"/> 求職	求職活動開始 年 月 日から	求職活動開始 令和 3年 4月 1日 から	求職活動支援機関等 利用証明書又は利用 選考証明書(様式有)		
<input type="checkbox"/> 災害復旧	期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日	期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日	罹災証明		
<input type="checkbox"/> その他	内容()	内容()	—		

【マイナンバー確認】

確認欄	個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	①番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等	<input type="checkbox"/> 無
	②身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付きの身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他書類2つ	<input type="checkbox"/> 無

市記載欄	受付欄	区分	支給認定番号	認定日	支給認定期間	認定区分	利用施設名	
		①			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	()号 (標・短)	
		②			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	()号 (標・短)	
		③			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	()号 (標・短)	
		適用	4月~8月	9月~3月	県多子		4月~8月	9月~3月
	適用なし	<input type="checkbox"/> 適用有 (みなし 階層) <input type="checkbox"/> 適用無	<input type="checkbox"/> 適用有 (みなし 階層) <input type="checkbox"/> 適用無		<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 適用無	<input type="checkbox"/> 適用有 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 適用無		