

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定（変更）申請書 兼 入園申込書

美濃加茂市長 宛

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定（変更）申請及び保育所等の入園申込をします。

申請に係る小学校 就学前子ども	氏名 かも じろう 加茂 二郎		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 3年 5月 5日 生		4月1日時 年齢 3 歳	
	個人番号 0000△△△△××××						
疾病・障害	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日本語会話	<input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可
→内容			→内容	小麦	→言語		
保護者（申請者）	氏名 加茂 太郎 <small>（原則児童手当の受給者と一致させてください。）</small>	住所 美濃加茂市 太田町3431番地1					
保護者連絡先	090-××××-×××× 続柄(母)		090-××××-×××× 続柄(父)				
保育の希望の有無 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 保護者の労働又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場合。(幼稚園等と併願の場合を含む)		小学校就学前子どもの区分		<input checked="" type="checkbox"/> 二号(満3歳以上) <input type="checkbox"/> 三号(満3歳未満)		
	<input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合		<input type="checkbox"/> 一号(満3歳以上)				

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、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。（以下同じ）
 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。
 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②（「利用を希望する時間」は除く）に必要事項を記入して下さい。
 変更申請の場合は①～③及び⑤に必要事項を記載してください。

①世帯の状況

区分	氏名	申請に係る小学校就学前子どもとの続柄	4月1日時年齢	生年月日	性別	職業 又は 学校・園名等
申請に係る子ども以外の世帯員	かも 太郎 加茂 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他	38 歳	□大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □平成 □令和 61年 5月 10日 生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	会社員
	かも ハナコ 加茂 花子	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他	36 歳	□大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □平成 □令和 63年 6月 12日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	自営業
	かも イチロウ 加茂 一郎	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他	11 歳	□大正 □昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 □令和 26年 7月 14日 生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	みの太田小学校6年生
	かも ハナミ 加茂 花美	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他	7 歳	□大正 □昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 □令和 29年 8月 16日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	みの太田小学校2年生
	かも イチ太郎 加茂 一太郎	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他	63 歳	□大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □平成 □令和 36年 9月 18日 生	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	公務員
	かも ミノ 加茂 みの	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> その他	62 歳	□大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 □平成 □令和 37年 10月 20日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	パート
	生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (年 月 日保護開始)				
家庭の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭以外 □ひとり親家庭					
児童扶養手当の受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有					
世帯員の障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (保持者氏名)					
特別児童扶養手当の受給	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □有 (受給者氏名)					
児童発達支援等の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 □相談 □通所 (施設名等)					

②利用を希望する期間・時間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 7年 4月 1日 から 令和 10年 3月 31日 まで	
利用を希望する時間	□短時間（1日最長8時間） <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間（1日最長11時間）	
利用を希望する施設（事業者）名	□市内全保育所等を希望（第6希望まで記入してください。）	
	第1希望 〇〇保育園	第4希望 ☆☆保育園
	第2希望 △△保育園	第5希望 ××保育園
	第3希望 □□保育園	第6希望 ◇◇保育園
備考		

○ 消せるボールペン、鉛筆で書かないでください。 ○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(表面)

③保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を必要とする理由	申請に係る小学校就学前子どもとの続柄	必要とする理由
	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(通勤時間:片道 30 分) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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(通学時間:片道 分) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(通勤時間:片道 20 分) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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(通学時間:片道 分) <input type="checkbox"/> その他()

④兄弟姉妹の入所

<input type="checkbox"/> 現在兄弟姉妹が在園している。→児童名() 施設名() →児童名() 施設名()	
同時に2人以上申し込む場合	→同時に申し込む児童名() ()
	<input type="checkbox"/> 別々の施設になってしまう場合は誰も入園を希望しない。
	<input type="checkbox"/> 希望施設の順位が低くても、同じ施設に入園することを優先する。
	<input type="checkbox"/> 別々の施設になっても、各々が希望順位の高い施設に入園することを優先する。 ※ご希望に添えない場合もございます。

⑤変更申請の場合 ※既交付済みの支給認定証を添付してください。

変更内容	<input type="checkbox"/> 小学校就学前子どもの区分 <input type="checkbox"/> 保育必要量 <input type="checkbox"/> 保育の利用を必要とする理由
------	---

- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定及び保育料又は保育所等給食費の算定に必要な市町村民税の情報(同居者を含む)及び世帯情報を閲覧すること。
- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な文書の閲覧又は資料の提供を官公署に求めること。
- ・教育・保育給付認定子どもについて、小学校、他の特定教育・保育施設等、地域子ども・子育て支援事業を行う者、官公署その他の機関が保有する情報について情報共有すること。
- ・上記の情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- ・申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあること。
- ・保育料又は保育所等給食費の収納状況について、施設・事業者の情報提供することがあること。
- ・保育料又は保育所等給食費の滞納がある場合は、早急に完納し、完納が困難な場合は納付に対する誓約書を提出し、一日も早い完納に努めること。
- ・4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、支給認定証は利用調整の結果とともに配布すること。

上記の事項に同意します。

令和 ○年 ○月 ○日

保護者氏名 **加茂 太郎**

*市記載欄(保護者の記入は不要です。)

認定の可否	特定教育・保育給付認定番号	認定区分等
可・否(否とする理由) 令和 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
教育・保育給付(入所)の可否	有効期間	
可・否(否とする理由) (<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型)	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	
入所施設(事業者)名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名・連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	

(裏面)