

子どものための教育・保育給付 認定 (認定変更) 申請書 兼 現況届
兼 保育園・認定こども園 入園申込書

申請日：令和 年 月 日

保護者氏名

矢掛町長 殿

次のとおり、子ども・子育て支援法第22条に基づき、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る子どものための教育・保育給付認定を申請します。

| | | | |
|-----------------------|---------------------|-----------------|-----|
| 申請に係る小学校就学前子ども (入園児童) | ふりがな 氏名 | 個人番号 生年月日 | 性別 |
| | | | |
| | | 平成 令和 年 月 日生 | 男・女 |
| 保護者 住所・連絡先 | 住 所 ※転入予定の場合、転入先の住所 | | |
| | 矢掛町 | | |
| | 父 連絡先 | 母 連絡先 | |

※記載の住所に居住実態がない (住民票は矢掛町にあるが、実際には他市町に住んでいる) などが判明した場合は、子ども・子育て支援法第20条第2項の規定により入園を取り消す場合があります。

《世帯の状況》※世帯を分けていても、実際に同居している家族は全員記入してください。

| 区分 | ふりがな 氏名 | 児童との続柄 | 個人番号 | 性別 | 職業又は 学校名等 (申請日時点) | 備考 ※転入予定の場合、転入 前の住所を記入 |
|-------------------|--|--------|-------|-----|-------------------------|------------------------------|
| | | | 生年月日 | | | |
| 申請に係る子どもの保護者及び同居者 | | 父 | | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | 母 | | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | | 男・女 | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 男・女 | | | |
| | | 年 月 日 | | | | |
| ひとり親世帯等該当の有無 | 無・有 (<input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯) | | | | | |
| 生活保護の適用の有無 | 無・有 (年 月 日保護開始) | | | | | |

※裏面もご記入ください。

①教育時間利用（3歳児以上で1号認定）希望の人は、該当区分に○をし、利用希望期間を記入してください。（③，④，⑤についても記入してください。）

| | | | |
|--------|----------|----------|--------------------|
| 施設 | 矢掛認定こども園 | 該当区分 | 新規申込 ・ 継続希望 ・ 転園希望 |
| 利用希望期間 | | 令和 年 月 日 | ～ 令和 年 月 日 |

②保育の利用を希望する人（2号認定・3号認定）は、希望施設等を記入してください。

| | | |
|--|----------|--|
| 新規申込 ・ 継続希望 ・ 転園希望 | | |
| 利用を希望する施設名 ※記入されている園のみの利用になります。 ※第1希望の施設を利用できるとは限りません。 | 施設（園名） | |
| | 第1希望 | |
| | 第2希望 | |
| | 第3希望 | |
| | 第4希望 | |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 |
| | 父 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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・訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 母 | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <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・訓練 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 希望する利用期間 | 令和 年 月 日 | から令和 年 月 日まで |

③申請児童の健康状況等

| | |
|----------|--|
| アレルギー | 無 ・ 有（ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他（ ）） |
| 既往歴（疾病等） | 無 ・ 有（ ） |
| 障害手帳の有無 | 無 ・ 有（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳） |

④同居している親族の状況

| | | |
|----|---|--|
| | 就労状況 | 健康状態 |
| 祖父 | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 有職 月48時間以上 <input type="checkbox"/> 有職 月48時間未満 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 良好ではない（状態： ） |
| 祖母 | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 有職 月48時間以上 <input type="checkbox"/> 有職 月48時間未満 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 良好ではない（状態： ） |

⑤税情報等の提供にあたっての署名欄

| |
|---|
| 町が施設型給付費・地域型給付費等に係る子どものための教育・保育認定に必要な町民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること、また、そ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・保育施設等に対し提示することに同意します。 |
| 保護者氏名 |