

令和6年度子どものための教育・保育給付
支給認定申請書 兼 保育施設等入所利用調整申込書
三次市長様

受付印

記入例

教育・保育給付の支給認定について、次のとおり申請します。

申請日	令和6年 1月 12日		保育所(園)	入所日	年 月 日	認定期間等	年 月 まで	標・短
フリガナ	ミヨシ タロウ		生年月日	昭和 平成 4年 11月 3日		連絡先1	080-0000-0000	
保護者氏名	三次 太郎		個人番号	000011112222		連絡先2	090-0000-0000	
保護者住所	三次市 三次町1234番地					連絡先3		

※上記保護者を支給認定
※特別な事情がない場合

P.10の年齢早見表を参照し、令和6年4月1日時点の年齢を記入してください。

フリガナ	ミヨシ サクラ		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	第3子	生年月日	3年 12月 5日	
申請児童氏名	三次 桜						(2 歳 3 ヶ月)	
個人番号	333344445555		※令和6年4月1日時点の年齢を記入してください。					

申請区分	「1号認定」は認定こども園等に通う場合です。認定こども園へ直接、申請してください。	
利用区分の希望	<input type="checkbox"/> 教育標 <input checked="" type="checkbox"/> 認定こども園 「2・3号認定」で、保護者・配偶者等のどちらかが「求職活動」での申請の場合、短時間となります。	
利用開始希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和6年4月1日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から	終了(希望)日 <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで
保育希望時間	8時 00分 から 18時 00分 まで	

希望優先順位	利用希望施設	希望優先順位	利用希望施設
1	〇〇〇保育所(園)	4	■ ■ ■ 保育所(園)
2	△ △ △ 保育所(園)		● ● ● 保育所(園)
3	□ □ □ 保育所(園)		▲ ▲ ▲ 保育所(園)

申請児童以外の父母及び同居に在住している人で生計同一(世帯分離している)の方について記入してください。

フリガナ	氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先又は学校・保育施設等	同居・別居の別	障害者手帳等	個人番号及び課税情報等閲覧
ミヨシ タロウ	三次 太郎	父	昭和 平成 4年 11月 3日	(有)〇〇〇商事	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
ミヨシ ハナコ	三次 花子	母	昭和 平成 5年 11月 10日	〇〇〇病院	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
ミヨシ イチロウ	三次 一郎	兄	昭和 平成 26年 12月 10日	〇〇〇小学校	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
ミヨシ ハルコ	三次 春子	姉	昭和 平成 31年 1月 10日	〇〇〇保育所	同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
ミヨシ ウメコ	三次 梅子	祖母	昭和 平成 33年 2月 10日	農業	同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同意
			TH SR 年 月 日		同・別	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同意

「有」の場合は手帳等の写しを添付してください。

該当にしてください。

ひとり親の場合	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 証明書: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当の認定 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療の認定
生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
令和5年1月1日現在の住所地	<input type="checkbox"/> 三次市内 <input checked="" type="checkbox"/> 三次市外(住所地: 〇〇県 〇〇市)
令和6年1月1日現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 三次市内 <input type="checkbox"/> 三次市外(住所地:)
保育が必要な事由【2・3号認定申請のみ】	父 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他
	母 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他

※2号・3号認定申請の方は裏面の記入もお願いします。

**【2号・3号認定申請のみ】
調査票**

記入例

該当に☑してください。

申請児童の 保育の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 保育者名: _____ 児童との続柄: _____
	<input type="checkbox"/> 自宅外に預けている ⇒ <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設(_____) <input type="checkbox"/> 一時保育(_____ 保育所(園)) <input type="checkbox"/> 親族(児童との続柄 _____) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他(_____)
申請児童の 身体状況等※1	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中【病名・症状】 _____ 健診時の指摘事項, その他発達上の心配事や定期的な通院等 _____
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容: _____)
	障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	特別児童扶養手当証書 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	精神障害者保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	市役所保健相談士の相談 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【内容】 _____
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【内容】 _____	
アレルギー・アトピー等 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有【原因物質】 卵 【内容】 食べるとじんましんが出る。 つなぎは食べられる。	

※1 受入体制確保のため、詳細に記入してください。

※2 専門機関とは療育センター、病院、こども家庭センター等のことです。

【利用開始希望日に利用できなかったときの予定】

該当に☑してください。

<input type="checkbox"/> その他の施設等を利用する (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 事業所内保育施設(従業員枠) <input type="checkbox"/> 一時預かり)	
<input checked="" type="checkbox"/> 待機	<input checked="" type="checkbox"/> 育児休暇延長 <input type="checkbox"/> 職場で保育する ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅(職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> 店舗内 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 親族が保育(保育予定者: _____)
<input type="checkbox"/> 今回の利用申請を取り下げる	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

※以下は、市の受付者記入欄です。(保護者の方は記入しないでください。)

提出者: 児童の(_____)	受付者(_____)
年 月 日	

父点数	母点数	代替点数	世帯点数	就労点数	兄弟点数	総点数