

令和7年度 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

提出日

令和 年 〇月 〇日

長井市長 宛

保護者住所 長井市 〇〇町0-00

ふりがな

氏名 長井 太郎

連絡先電話番号(自宅) 00-0000

携帯電話(父) 090-0000-0000

(母) 080-0000-0000

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 長井 太郎

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

令和7年4月1日時点の年齢

申請に係る児童	ふりがな 氏名	生年月日	性 別
	ながい あやめ 長井 あやめ	平成 令和 4年 6月 15日生	男・女 男・女
個人番号 (マイナンバー)	マイナンバーは「マイナンバー記入用紙」へご記入ください。この欄には記入不要です。		
認定者番号	※既に文書認定を受けている場合に記入して下さい。		
保育の希望の有無	有	保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等(※1)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) →①～⑧に必要事項を記入して下さい。	
	無	幼稚園等(※2)の利用を希望する場合(保育所と併願の場合を除く) →①②④に必要事項を記入して下さい。	

※1「保育所等」とは、保育所、認定こども園、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園をいいます。

通所可能な施設を全てご記入ください。

①利用を希望する施設(事業者)

利用を希望する施設(事業者)	第1希望: 〇〇 保育園 [希望理由] 姉が入所しているから
	第2希望: △△ 保育園 [希望理由] 家から近いから
	第3希望: □□ 保育園 [希望理由] 通勤途中のため
利用を希望する期間	令和 〇年 〇月 1日 から ①2歳到達年度まで ②3歳到達年度まで ③就学まで

希望終了日を○で囲んでください。特別に期間を定める場合は④に希望終了日をご記入ください。

原則として1日付入所です。

②利用希望者の氏名・続柄・生年月日・職業(勤務先)/学校名

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)/学校名	個人番号(マイナンバー)	要介護認定又は障害者手帳
長井 太郎	父	大・昭 平・市 63・1・23	(株)〇〇	マイナンバーは「マイナンバー記入用紙」へご記入ください。この欄には記入不要です。	有(無)
長井 花子	母	大・昭 平・市 2・2・3	スーパー△△		有(無)
長井 うめ	祖父	大・昭 平・市 35・5・6	□□農園		有(無)
長井 つつじ	祖母	大・昭 平・市 35・7・8	□□農園		有(無)
長井 さくら	姉	大・昭 平・市 28・9・10	〇〇保育園		有(無)

お子さんと一緒に住んでいるご家族全員ご記入ください。単身赴任、進学等で住所が別でも、生計同一であれば記入してください。きょうだいについて、4月1日の施設(予定を含む)を記入してください。

身体障害者手帳、精神障害者保険福祉手帳、療育手帳、特別児童扶養手当の支給対象児童、国民年金の障害基礎年金等の受給者のご家族がいる場合、写しをご提出ください。

生活保護適用 (適用なし・適用あり(年 月 日保護))

R6・7年1月1日現在の住所 (現住所に同じ・前住所(年 月 日保護))

◎事項を記入する必要があります

1月1日現在の住所が長井市以外の場合、1月1日現在の住所をご記入ください。

該当する箇所に☑または「○」印を記入して下さい。必要事項があれば記入して下さい。

③保育の利用を必要とする理由等

1号認定希望の場合、③は記入不要です。

保護者の方の状況		労働 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動		備考
就学 ☐ その他 ()				
保育の利用を必要とする理由	父	就労日数	週に 5日 / 月平均 21日	
		勤務日	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土・日・不定期	
		勤務時間	午前 8時 30分 ~ 午後 5時 30分	
	母	☒ 就労 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・障がい ☐ 介護等 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動		
		☐ 就学 ☐ その他 ()		
		就労日数	週に 5日 / 月平均 20日	
母	勤務日	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・(土)・日・不定期		
	勤務時間	午前 9時 15分 ~ 午後 4時 15分		
家庭の状況		☐ ひとり親世帯 ・ ☒ 左記以外		
利用希望曜日	(月)・(火)・(水)・(木)・(金)・土	希望利用時間	午前8時から 午後5時まで	

④児童の健康状況等

詳細を確認させていただく場合がありますので、お子さんの健康状況等については、できるだけ詳しくご記入ください。	健康状態	(良好 ・ 普通 ・ 弱い)
	アレルギー等	はありますか。 (なし ・ あり)
	心臓疾患 ・ 腎疾患 ・ ぜんそく ・ てんかん ・ その他 ()	
	() ・ 年齢 (歳) ・ 医療機関 (○○病院)	
	その他 ()	
	その他 ()	
☐ 障がい、病気・事故の後遺症等がありますか。 (なし ・ あり)		
→「あり」の場合 ()		
☐ 身体障害者手帳、療育手帳、通所受給者証等をお持ちですか。		
(なし ・ あり (種 級 ・ 療育手帳 程度) ・ 申請中)		
☐ 健診等で発育・発達等の指導を受けたことがありますか。 (なし ・ あり)		
→「あり」の場合、具体的に		
言葉の遅れについて		
☐ アレルギーはありますか。 (なし ・ あり ・ 不明)		
→「あり」の場合 ((卵) ・ 乳製品 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ アトピー ・ その他 ())		
☐ アナフィラキシーの既往 (なし ・ あり) →「あり」の場合 ()		
☐ 保育にあたりお子さんのことで心配なことやお願いしたいことがありましたら記入してください。		
落ち着きがなく、かんしゃくをおこすことが多いので心配です。		

⑤きょうだい入所の場合

1号認定希望の場合、⑤は記入不要です。

●きょうだい同時申込みで、同じ	
☐ 同じ保育所に全員同時でなければ入所しない	☐ 別々の保育所でも同時入所したい
☐ 同じ保育所であれば順次入所したい	☐ 別々の保育所でも順次入所したい
●きょうだいが保育所に在籍している場合	
☐ きょうだいが在籍している保育所以外は希望しない	
☐ 同じ保育所に空きがない場合は別の保育所でも入所を希望する	
☐ 同じ保育所に空きがない場合は別の保育所でも入所し、将来の転所を希望する	

ふりがな	ながい あやめ	生年月日	平成 令和	4年 6月 15日
児童名	長井 あやめ			

⑥児童の保育状況 該当する箇所に☑または「○」印を記入して下さい。必要事項があれば記入して下さい。

保 育 現 在 の 状 況	☒ 父母が保育している→ A. 求職中 B. 就労内定 (令和__年__月～)
	☒ 育児休暇・産前産後休暇中 (令和7年 3月31日)まで(早め復帰・延長可)
	☐ 祖父母等が保育している→ (父方・母方) (祖父・祖母・その他))
	☐ 友人・知人に預けている→ (氏名 / 住所))
	☐ その他 ()

⑦児童の祖父母の状況 1号認定希望の場合、⑦は記入不要です。

父 方	氏名	大 昭 35年 5月 6日生	同居
	(不在の場合「不在」と記入) 64歳		
	☒ 就労中→ [居宅外勤務 ・ 自営 ・ 農業 (出荷あり)] 毎月の就労日数 (約 20日)		
	祖 父 勤務先名 (〇〇農園) 勤務先TEL (00-0000) ☐ 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回) ☐ 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) [手帳などの名称 (級)] ☐ 無職 ☐ その他 () ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		
母 方	氏名	大 昭 35年 7月 8日生	同居
	(不在の場合「不在」と記入) 64歳		
	☒ 就労中→ [居宅外勤務 ・ 自営 ・ 農業 (出荷あり)] 毎月の就労日数 (約 20日)		
	祖 母 勤務先名 (〇〇農園) 勤務先TEL (00-0000) ☐ 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回) ☐ 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) [手帳などの名称 (級)] ☐ 無職 ☐ その他 () ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		

母 方	氏名	大 昭 年 月 日生	住所 (同居の場合「同居」と記入)
	(不在の場合「不在」と記入) 歳		
	☐ 就労中→ [居宅外勤務 ・ 自営 ・ 農業 (出荷あり)] 毎月の就労日数 (約 日)		
	祖 父 勤務先名 () 勤務先TEL (-) ☐ 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回) ☐ 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) [手帳などの名称 (級)] ☐ 無職 ☐ その他 () ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		
母 方	氏名	大 昭 34年 9月 9日生	飯豊町 00-0
	(不在の場合「不在」と記入) 65歳		
	☒ 就労中→ [居宅外勤務 ・ 自営 ・ 農業 (出荷あり)] 毎月の就労日数 (約 日)		
	祖 母 勤務先名 (〇〇薬局) 勤務先TEL (000-0000) ☐ 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回) ☐ 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) [手帳などの名称 (級)] ☐ 無職 ☐ その他 () ※この欄の内容について証明書・診断書等を提出していただくことがあります。		

⑧入所待機となった場合の対応について

☐ 幼稚園・児童センター・認定こども園を利用する ☐ 認可外保育所を利用する ☐ 就職時期を延ばす

☒ 育休を延長する ☐ 親族を頼る (祖父母・その他 ())

☐ その他 ()