

令和6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
兼 保育所等利用（調整）申込書

長井市長 宛

保護者住所 長井市 〇〇町0-00

提出日 年 月 日

出生前仮申込の
方用
記入例

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教育・保育給付認定を申請します。

申請に係る児童	ふりがな 氏名	生年月日 平成 令和 年 月 日生	年齢 (令和6年4月1日現在) 歳	性別 男・女
個人番号 (マイナンバー)				
認定者番号	※既に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）（幼稚園等と併願の場合を含む） →①～⑧に記入		
	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） →①②④に記入		

仮申請の際は空欄で提出ください。
出生後正式申込時に記入いただきます。

※1「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育所（保育部分）をいいます。
※2「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

出産予定日によって、利用可能施設が異なりますのでご注意ください。

①利用を希望する施設（事業者）名

利用を希望する施設（事業者）	第1希望： ○○ 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6年 4月1日 から ①2歳未満まで ②3歳到達年度まで ③就学前まで

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。

4月1日入所希望の方についてのみ出生前仮申請の対象です。 以外の同居親族等全員について記入

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	63.1.23	(株)〇〇		有・無
長井 花子	母	2.2.3	スーパー△△		有・無
長井 うめ	祖父	35.5.6	〇〇農園		有・無
長井 つつじ	祖母	35.7.8	〇〇農園		有・無
長井 さくら	姉	2.9.10	〇〇保育園		有・無
					無
					無
生活保護適用	適用なし ・ 適用あり ()				
令和5・6年1月1日現在の住所	現住所と同じ ・ 前住所 ()				

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。

障がい者手帳等をお持ちのご家族がいる場合、障がい者手帳等の写しをご提出ください。

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

		必要とする理由	備考	
保護者の方の状況	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			就労日数	週に 5日 / 月平均 20日
勤務日	月・火・水・木・金 ・土・日・不定期			
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外		
利用希望曜日	月・火・水・木・金 ・土	希望利用時間	時から 時まで	

④児童の健康状況等

健康状況	○健康状態 (良好 ・ 普通 ・ 弱い)
	○過去に病気等にかかったことはありますか。 (なし ・ あり) →「あり」の場合 (心臓疾患 ・ 腎疾患 ・ ぜんそく ・ てんかん ・ その他) 病名 () ・ 年齢 (歳) ・ 医療機関 ()
	○現在治療中の病気等がありますか(経過観察を含む)。 (なし ・ あり) (病名 医療機関)
	○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	
○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。	

⑤きょうだい入所の場合

●きょうだい同時申込みで、同じ保育所で全員分の入所枠が確保

- 同じ保育所に全員同時でなければ入所しない
- 同じ保育所であれば順次入所したい

●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

仮申請の際は空欄で提出ください。出生後正式申込時に記入いただきます。

仮申請の際は空欄で提出ください。出生後正式
申込時に記入いただきます。

ふりがな		生年月日	平成	年	月	日
児童名			令和			

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 状 況 の 現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 父母が保育している→ A. 求職中 B. 就労内定 (年 月 日) まで (早め復帰・延長可)
	<input type="checkbox"/> 祖父母等が保育している→ (父方・母方) (祖父・祖母・その他)
	<input type="checkbox"/> 友人・知人に預けている→ (氏名) / 住所
	<input type="checkbox"/> その他 ()

⑦ 児童の祖父母の状況

父 方	祖父	氏名 長井 うめ (不在の場合「不在」と記入)	明 大 昭 35年 5月 6日生 63歳	住所 (同居の場合「同居」と記入) 同居
		<input checked="" type="checkbox"/> 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) 勤務先名 (<input type="checkbox"/> 農園) 勤務先TEL (00-0000)	<input type="checkbox"/> 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1・2・3・4・) [手帳などの名称 (級)]
	祖母	氏名 長井 つつじ (不在の場合「不在」と記入)	明 大 昭 35年 7月 8日生 63歳	住所 (同居の場合「同居」と記入) 同居
		<input checked="" type="checkbox"/> 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) 勤務先名 (<input type="checkbox"/> 農園) 勤務先TEL (00-0000)	<input type="checkbox"/> 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1・2・3・4・) [手帳などの名称 (級)]

※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	祖父	氏名 不在 (不在の場合「不在」と記入)	明 大 昭 年 月 日生 歳	住所 (同居の場合「同居」と記入)
		<input type="checkbox"/> 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) 勤務先名 () 勤務先TEL (-)	<input type="checkbox"/> 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1・2・3・4・) [手帳などの名称 (級)]
	祖母	氏名 飯豊 ゆい (不在の場合「不在」と記入)	明 大 昭 34年 9月 9日生 64歳	住所 (同居の場合「同居」と記入) 飯豊町 00-0
		<input checked="" type="checkbox"/> 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) 勤務先名 (<input checked="" type="checkbox"/> 薬局) 勤務先TEL (000-0000)	<input type="checkbox"/> 病気・障がい→病名・障がい名 () 通院頻度 (月・週 回)	<input type="checkbox"/> 介護→誰を (続柄) 被介護者の状況 (要介護 1・2・3・4・) [手帳などの名称 (級)]

※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 ()