

教育・保育給付認定申請書 兼 施設利用申込書

市(町)長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定および施設利用を申請します。
教育・保育認定および保育の利用に関する市(町)村民等及び世帯世帯等の関係並びに利用者負担額等については、
特定教育・保育施設等に対して提示すること

年月が1桁の場合、2桁目に「0」をご記入ください

提出日	令和 04 年 12 月 09 日	申請者(保護者)		申請者(保護者)の配偶者等		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
フリガナ	エヒメ	タロウ	エヒメ	イチコ		
氏名	氏 愛媛	名 太郎	氏 愛媛	名 一子		
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 02 年 西暦 1990 年 04 月 29 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 02 年 12 月 29 日				
	〒 790 - 8570 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる				
	愛媛 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 県 ○○○	<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村				
	○○1丁目3番地4号					
	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		
前年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		
申請する児童との続柄	父		申請する児童との続柄	母		
障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
連絡先	080 - 1234 - 1234		080 - 1234 - 1234			
保育を希望する ※記入する場合	保育を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠・出産 <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 <input type="checkbox"/> その他		
	就労	勤務先	株式会社 ○○	○○○ 有限会社		
		通勤時間(往復)	2 時間 20 分 育児休業の延長希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 時間 30 分 育児休業の延長希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		その他の事由	上記理由がその他の場合、ご記入ください			
	妊娠・出産	出産予定日	令和 05 年 08 月 10 日			
申請児童数	<input checked="" type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人	市区町村使用欄 <input type="checkbox"/> 幼併願	1人目 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	2人目 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	3人目 <input type="checkbox"/> 転 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	
申請児童 (1人目)	フリガナ	エヒメ	ミキ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	氏名	氏 愛媛	名 三樹	アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギーの種類 そば
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 2		入所希望年度4月1日時点の年齢 (2) 歳		保育の希望の有無※ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 01 年 10 月 18 日				
	現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他				施設名・預け先
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	病名・障害名		病院・施設名	
	その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと					
申請児童 (2人目)	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	氏	名	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギーの種類
	個人番号			入所希望年度4月1日時点の年齢 () 歳		保育の希望の有無※ <input type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他				施設名・預け先
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	病名・障害名		病院・施設名	
	その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと					
申請児童 (3人目)	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害者手帳等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	氏	名	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アレルギーの種類
	個人番号			入所希望年度4月1日時点の年齢 () 歳		保育の希望の有無※ <input type="checkbox"/> 有 (幼稚園等のみはレ点不要)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
	現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 仕事先 <input type="checkbox"/> 一時預かりを利用 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> その他				施設名・預け先
	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	病名・障害名		病院・施設名	
	その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいこと					

※保護者の労働または疾病等により保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等の併願を含む)にレ点を入れてください。

幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願を除く)は不要です。

◆幼稚園等: 幼稚園、認定こども園(教育部分) ◆保育所等: 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、事務所内保育

世帯の状況(申請児童及び保護者・配偶者を除く世帯全員※同居所別世帯の者、別居であっても生計が同一の子どもも含む)を記入してください。

↓世帯構成員数	<input checked="" type="checkbox"/> 0人	<input type="checkbox"/> 1人	<input type="checkbox"/> 2人	<input type="checkbox"/> 3人	<input type="checkbox"/> 4人	<input type="checkbox"/> 5人	
氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先又は学校名等	同居別居	別居の場合居住地の市区町村	障害者手帳等の有無	備考
1		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申請児童及び保護者・配偶者を除く世帯全員をご記入ください							
2		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

保育を希望するのみ記入※	父方	同居状況等	年齢(令和 年 4月1日時点)	※こちらの3項目は 別居の場合のみ ご記入ください。		
		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡・離別	64	氏名	就労	住所
	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡・離別	64	愛媛 忠	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 障害・介護看護等	愛媛県〇〇市〇〇丁目7番地1
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡・離別		愛媛 勝代	<input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 障害・介護看護等	<input checked="" type="checkbox"/> 同上
母方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡・離別		別居している場合、氏名以降の情報をご記入ください		
	祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡・離別				

家庭の状況	生活保護の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	ひとり親家庭の事由	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他	単身赴任	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	単身赴任者と申請児童との続柄
-------	-----------	--	--------	---	-----------	---	------	---	----------------

保育施設希望等の	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	
	1人目	〇〇〇園	〇〇保育園	〇〇園	〇〇〇園	〇〇保育園
	2人目					
3人目						

利用を希望する期間	令和 05年 04月 01日 ~	<input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年月指定	令和 年 月 月末まで	
利用を希望する時間	時 <input type="checkbox"/> 07 <input checked="" type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09	分 <input type="checkbox"/> 00 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45	時 <input type="checkbox"/> 16 <input checked="" type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	分 <input type="checkbox"/> 00 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45
保育を希望する時間	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間			
入所調整時の希望条件	<input type="checkbox"/> 希望施設に空きが出るまで待つ <input checked="" type="checkbox"/> 希望施設以外に入所・入園できる施設があればよい			
兄弟姉妹同時申込時の希望条件(該当者のみ記入)	<input type="checkbox"/> 同時に同じ保育施設への入所のみを希望(同一施設)			
	<input type="checkbox"/> 同時に入所できれば、別々の保育施設でもよい(同時に入れない場合は、付機となる場合があります)			
ひとりでも先に入所させたい	施設	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同じ保育施設を希望 <input type="checkbox"/> 別々の保育施設になってもよい		
	順番	<input type="checkbox"/> どの申請児童が先でもよい <input type="checkbox"/> 1人目児童優先 <input type="checkbox"/> 2人目児童優先 <input type="checkbox"/> 3人目児童優先		

<input checked="" type="checkbox"/> 希望する	支給認定証の交付を希望される方はレ点を入れてください。 (支給認定証は、退所時や認定変更時に返却しなければならない書類です。交付希望されない場合は、返却が不要な、教育・保育給付認定決定通知書にて認定内容を通知させていただきます。)
--	--

市町使用欄	宛名番号																		
施設・窓口	受付者	連絡先	備考																