

受付印

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 幼稚園入所・保育所(園)入所・認定こども園入園申込書)

都城市福祉事務所長 宛て

※太線枠内のみを記入してください。裏面も記入してください。

※提出日を記入してください。

認定保護者	現住所	都城市 <b>姫城町6街区21号</b>			令和 <b>5</b> 年 <b>11</b> 月 <b>18</b> 日
	令和5年1月1日現在の居住地	父	宮崎 都道 宮崎 町	母	宮崎 都道 宮崎 町
	令和6年1月1日現在の居住地	父	宮崎 都道 都城 町	母	宮崎 都道 都城 町
	氏名	<b>都城 太郎</b> ←			保護者連絡先 <b>父 0×0-1234-××××</b>

通知書等を送る際の名義になります。兄弟が通う(通っている)場合は同じ名義で記入。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係

申請に係る小学校就学前の子ども	(ふりがな) 氏名	生年月日(西暦)	令和6年4月1日現在の年齢	性別
	ふりがな( <b>みやこのじょう はなこ</b> ) <b>都城 花子</b>	<b>2022</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	<b>1</b> 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
上記の子どもの個人番号	7 8 9 7 8 9 7 8 9 7 8 9	認定者番号	※既に認定を受けている場合に記入してください	
保育の希望の有無(※) いずれかにレ点を付けてください	<input type="checkbox"/> なし: (1号認定)	・幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)		
	<input checked="" type="checkbox"/> あり: (2号認定)(3号認定)	・保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)		

(※) ・「なし」をチェックした場合は①～⑥に、「あり」をチェックした場合は①～⑦に必要な事項を記入してください。

①利用を希望する期間及び施設(事業所)名等 ※第5希望まで御記入ください。

利用を希望する期間	令和 <b>6</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から 小学校就学前まで(又は令和 年 月 日まで)			
順位	施設名	施設番号	希望理由	見学の有無
第1希望	<b>ぼんだ</b>	保育課記入	<b>兄が通っているため</b>	<input type="radio"/>
第2希望	<b>ひまわり</b>		<b>園の雰囲気良かったため</b>	<input type="radio"/>
第3希望	<b>たこ</b>		<b>子どもに合うと思ったため</b>	<input type="radio"/>
第4希望	<b>あじさい</b>		<b>自宅から近いため</b>	<input type="radio"/>
第5希望	<b>かえる</b>		<b>職場から近いため</b>	<input type="radio"/>

※見学は必ず行ってください。見学欄には、見学に行った場合は○、行っていない場合は×を記入してください。

②現在の保育状況及び入所できない場合の予定

現在の保育状況	右の項目から選んでください	①自宅等でみている (児童との続柄: ) (保育者氏名: ) ②職場で保育している ○自宅外に預けている(下記の③～⑧で選択) ③(認可外)保育施設 ④企業主導型保育事業 ⑤一時預かり( 日) ⑥親族(続柄: 年齢 歳) ⑦知人 ⑧その他( )
入所できない場合の予定	右の項目から選んでください	⑨認可外施設を利用 ⑩企業主導型保育事業を利用 ⑪一時預かり保育を利用 ⑫親族に預ける ⑬就労、就学を開始しない ⑭在園施設を利用 ⑮育児休業の延長を検討する( 年 月 日まで) ⑯その他( )

③税情報等の提供、書類審査事項に関する署名欄

○ 市町村が個人番号をもとに、施設型給付費・地域型保育給付費等の教育保育・給付認定について、市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、及び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・保育施設等に対して提示します。

○ 子ども・子育て支援法第16条の規定により、提出した書類(就労証明書等の添付書類含む)について、内容の調査・確認をすることに同意します。

○ 申請内容に事実との相違がある場合、又は申請内容に虚偽の記載や不正な処理があった場合(提出書類の偽造、改ざん等を含む)は、申請の却下、認定の取り消し又は利用の解除について同意します。

○ 次年度4月の入所に向けた認定事務が集中し審査に時間を要した場合には、審査結果は30日間を超えてお知らせすることに同意します。

以上の事項に同意します。 令和 **5** 年 **11** 月 **18** 日 保護者氏名 **都城 太郎**

※窓口職員記入

※保育課記入

本人確認書類	確認者	父・母 / 復職 保護者・職場確認済	添付書類	期間	受付者	調整表	Wel+
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証			父:				
<input type="checkbox"/> その他( )			母:				

市記入欄	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> みなしひとり親 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 単身赴任 祖父母 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外
	<input type="checkbox"/> 生計中心失業 <input type="checkbox"/> 3子以降 <input type="checkbox"/> 既兄弟 <input type="checkbox"/> 同時兄弟 障がい <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 保育士
	<input type="checkbox"/> 転入者 <input type="checkbox"/> 小規模から <input type="checkbox"/> 1号→2号 <input type="checkbox"/> 広域から <input type="checkbox"/> 待機から <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 証明漏れ
	<input type="checkbox"/> 就労1年以上 <input type="checkbox"/> 認可外1年以上 <input type="checkbox"/> 認可外利用 育休 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 保護者(障) <input type="checkbox"/> 特 <input type="checkbox"/> 普

(第2面)	申請に係る ことも	現住所	宮崎県都城市姫城町6街区21号				
		ふりがな	みやこのじょう はなこ	生年月日(西暦)	令和6年4月1日 現在の年齢	性別	保育の希望
		子ども氏名	都城 花子	20 22 年 10月1日	1 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> なし(1号認定) <input checked="" type="checkbox"/> あり(2, 3号認定)

④家庭の状況 ※申請児童を除く全ての同居家族(祖父母等含む)について、提出時点での状況を記入してください。

区分	児童との続柄	氏名 単身赴任も記載(県内外、海外等)	個人番号(12桁)	障がい 手帳等	生年月日	性別	勤務先等 (職業、学校名、保育園名等)
入所児童の 世帯員 ※本人以外	父	都城 太郎	111111111111	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1985年 1月 1日	男	都城株式会社 勤務先 ☎ 23-4894
	母	都城 丸子	222222222222	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1988年 3月 1日	女	勤務先 ☎
	姉	都城 良子		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	2014年 5月 1日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	都城小学校
	兄	都城 一郎		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	2019年 8月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ステップこども園
	祖母	都城 一美		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	972年 6月 1日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
			同居している祖父母等も記入		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
該当する ところに ☑をつけて ください。	生活保護	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 生活保護申請中( 年 月 日申請)					
	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> ひとり親医療受給中 <input type="checkbox"/> ひとり親医療申請中(令和 年 月 日申請)		<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給中 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当申請中(令和 年 月 日申請)			
	同一生計者が所持している手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当					

⑤祖父母の状況 ※児童の世帯と別居している祖父母の状況を記入してください

続柄	氏名	住所	TEL
父方 祖父		別居している祖父母を記入 都城市高城町穂満坊町306	TEL
祖母			TEL
母方 祖父	高城 二郎		TEL 0×0-1234-△△△△
祖母	高城 桜子		TEL 0×0-1234-△△△△

⑥児童の健康状態

健康状態で該当するところにレ点をつけてください	
<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> 障がいあり	・身障手帳 記号番号( ) ( 級) ・療育手帳 記号番号( ) (判定 ) ・特別児童扶養手当 記号番号( ) ( 級)
[障がい等をお持ちの場合は、その状況を具体的に記入してください。なお、児童発達支援施設等を利用している場合は、施設名を記入してください。]	
既往歴(今までにかかった病気を記入してください。)	入院の経験 (病名: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年齢: 歳 か月)
食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ食べていない <input type="checkbox"/> あり 牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他( )
気管支喘息	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アトピー性皮膚炎 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アレルギー性結膜炎	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギー性鼻炎 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
常時内服している薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他 健康状態や発達について、園へお伝えしたいことがございましたら記入ください。
(具体的に )	

⑦保育の利用を必要とする理由等 ※月の就労時間は直近の実績もしくは予定の時間を記入してください

保育所等において保育の利用を希望する場合に必要とする理由を全て記入してください。  
この理由は施設を決定する際の優先順位の基準になります。求職要件での入所の場合は、利用時間は「短時間」となります。

保育の 利用を 必要と する理由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労(月 時間) <input type="checkbox"/> 育休中(復帰日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 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( )
	母	<input type="checkbox"/> 就労(月 時間) <input type="checkbox"/> 産休・育休中(復帰日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 妊娠・出産( 月予定) <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )
希望する 利用時間	利用曜日(予定)	利用時間(予定)
	月・火・水・木・金・土	<input checked="" type="checkbox"/> 短時間(最長8時間) <input type="checkbox"/> 標準時間(最長11時間) 9 時 00 分から 17 時 00 分まで