

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)

受付印

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。

Table with columns for residence (都城市), current address (令和5年1月1日, 令和6年1月1日), and guardian information (父, 母).

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。

Table for applicant information including name (ふりがな), birth date (生年月日), age (年齢), sex (性別), and guardian details.

(※) ・「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。

Table for utilization period and facility names, including columns for period (令和 年 月 日 から), facility name, and reason.

※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

Table for current childcare status and future enrollment plans, including options for home care, workplace care, and facility enrollment.

③税情報等の提供、書類審査事項に関する署名欄

Form for tax information and document review, including checkboxes for consent and signature lines.

※窓口職員記入

※保育課記入

Table for administrative processing, including checkboxes for document types and confirmation of receipt.

Table for applicant information, including checkboxes for household type, employment status, and other details.

(第2面)	申請に係る 子ども	現住所		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
		ふりがな		20 年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> なし(1号認定) <input type="checkbox"/> あり(2, 3号認定)
		子ども氏名					

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			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	男	勤務先
	母			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	女	勤務先
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
				<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		TEL
	祖母		TEL
母方	祖父		TEL
	祖母		TEL

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 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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
アレルギー性結膜炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
常時内服している薬	<input 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 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 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 type="checkbox"/> 短時間(最長8時間) <input type="checkbox"/> 標準時間(最長11時間)	時 分から	時 分まで