

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 入園・入所申込書

令和 年 月 日

保護者氏名

岐阜県中津川市長 様

保護者氏名

申請に係る小学校就学前子ども	氏名		生年月日		性別	障害者手帳の有無	
	(ふりがな)		H・R 年 月 日		男・女	有・無	
	令和7年4月1日時点 年齢 歳	病気 無・有(病名)			食物アレルギー 無・有(除去食物)		
保護者住所・連絡先		(住所) 〒 中津川市 (第1連絡先:) - - (第2連絡先:) - - 4~8月入所希望の場合は令和6年1月1日現在の住所/9~3月入所希望の場合は令和7年1月1日現在の住所 1. 現住所と同じ 2. 転入前住所 県 市・郡 町・村 番地					
個人番号		※(入園を希望する)子どもの個人番号を記入してください。					
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、保育所等において保育の利用を希望する場合 ----- 無 : 幼稚園・認定こども園(教育部分)の利用を希望する場合					

「保育所等」とは、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、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
「有」を○で囲んだ場合は①~④に、「無」を○で囲んだ場合は、①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	個人番号	備考
子どもの世帯員(同別居の家族)	(ふりがな)		年 月 日			有・無		
			年 月 日			有・無		
			年 月 日			有・無		
			年 月 日			有・無		
			年 月 日			有・無		
			年 月 日			有・無		
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り(年 月 日保護開始)						

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	令和 年 月 日から ・小学校入学まで ・上記以外まで(令和 年 月 日)	
利用を希望する施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	※幼稚園・認定こども園(幼稚園コース)の利用を希望される場合は第1希望のみ記入	
	第1希望 (理由)	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 再入園 <input type="checkbox"/> その他()
	第2希望 (理由)	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 再入園 <input type="checkbox"/> その他()
第3希望 (理由)	<input type="checkbox"/> 自宅付近 <input type="checkbox"/> 職場付近 <input type="checkbox"/> 通勤経路 <input type="checkbox"/> 兄弟入所 <input type="checkbox"/> 再入園 <input type="checkbox"/> その他()	

案内不可の場合、育児休業延長を許容

※調整指数が減点となります

ひとり親世帯該当の有無	該当無・該当有
在宅障がい児(者)の有無	該当無・該当有

(裏面もあります)

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入してください。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況： 勤務先等 _____ 時間 ____ : ____ ~ ____ : ____		
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業中の継続利用 <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な状況： 勤務先等 _____ 時間 ____ : ____ ~ ____ : ____		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生計中心者の失業 <input type="checkbox"/> 虐待・DV・社会的擁護 <input type="checkbox"/> 子どもが障がい有する <input type="checkbox"/> 育児休業明け <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹同時利用 <input type="checkbox"/> 小規模保育等卒園児 <input type="checkbox"/> 再入園 <input type="checkbox"/> 保育士等 <input type="checkbox"/> その他 () ※託児所利用に関する証明書を提出 具体的な状況：			
保育を必要とする利用時間	利用曜日	曜日から	曜日まで	希望区分
	利用時間	時 分から	時 分まで	

※求職活動中の方は「保育短時間認定」となります。

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること。また、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することに同意します。
 市の実施する検診に係る情報、及び発達支援に係る情報を閲覧することに同意します。

保護者氏名 _____ 保護者氏名 _____

*市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
支給の可否		支給(利用)期間
可・否 (否とする理由)		自 年 月 日 至 年 月 日
備考		

*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号： _____)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
利用契約（内定）の有無	有（契約・内定（ _____ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	