

教育・保育給付

① きょうだいや本人が既に入所している場合は、認定済の保護者。  
 ② 新規入所の場合は、児童手当の受給者。  
 ※単身赴任等により市外で受給している場合は、宇城市在住の保護者。

年 月 日

宇城市長（宇城市福祉事務所長）様

保護者氏名 宇城 一郎 印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定申請及び入所申込みをいたします。

申請児童	ふりがな 氏名	生年月日 ※年齢は R6.4.1 現在	認定証番号 ※既に認定済の場合
	うき たろう 宇城 太郎	令和4年4月2日 (1歳児)	
保護者 住所・連絡先	宇城市 松橋町大野85番地	自宅電話番号	0964-00-0000
	※令和5年1月1日現在の住所 <input type="checkbox"/> 宇城市内 <input checked="" type="checkbox"/> 宇城市外（〇〇市）	宇城市外にお住まいだった場合は、 市町村名を記入してください。	0000-0000 母携帯 000-0000-0000
きょうだい 同時申込者 (該当に○)	1 1人だけが入所できる場合も入所する。 2 同時に同じ保育所に入所できる場合のみ入所する。 3 別々の保育所でも同時に入所できる場合は入所する。ただし、1人だけ入所できる場合は入所しない。		

1 世帯の状況

同居のご家族を全員記入してください。  
 世帯分離をしている場合も記入が必要です。  
 ※二世帯住宅の場合は「別居」扱いとなり、記入不要です。

※申請児童は記入不要。

区分	ふりがな 氏名				勤務先又は学校名等
児童の 世帯員 (同居人)	うき いちろう 宇城 一郎	父	平成2年 3月 1日	34歳	株式会社〇〇
	うき はなこ 宇城 花子	母	平成2年 4月 3日	33歳	有限会社〇〇
	うき ももこ 宇城 桃子	姉	平成25年 5月 5日	10歳	〇〇小学校
	うき かずお 宇城 一男	祖父	昭和35年 6月 7日	63歳	農業
	うき うめこ 宇城 梅子	祖母	昭和35年 7月 9日	63歳	農業
ひとり親世帯等の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯 )			
生活保護の適用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日保護開始 )			

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方、特別児童扶養手当の支給対象児童、障害基礎年金の受給者が対象となります。

2 利用を希望する期間・施設（事業者）名等

利用を希望する期間	令和6年 4月 1日 ~ 令和11年 3月 31日
利用を希望する 施設（事業者）名	第1希望： 〇〇保育園 (希望理由) 自宅から近いため
	第2希望： □□保育園 (希望理由) 通勤途中のため
希望する保育時間	<input checked="" type="checkbox"/> 標準時間 (理由: 通勤に時間がかかるため) <input type="checkbox"/> 短時間
上記希望施設に入所できなかった場合に紹介を希望する施設 ( △△保育園 )	

※下記の欄は記載不要です。

父母の1か月合計勤務時間が120時間未満の場合、原則「短時間保育」となります。  
 標準時間保育を希望する場合は、必ず理由を記入してください。

4月～8月 (前年度課税状況)	所得割	均等割				
	円	円				
9月～3月 (当年度課税状況)	所得割	均等割	階層	区分	保育料	確認者
	円	円		全額・半額・無料	円	

3 保育の利用を必要とする理由等

続柄	理由	状況 (勤務先・勤務時間や疾病の状況等)
父	<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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他	株式会社〇〇 1日7.5時間勤務(月20日)
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"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他	有限会社〇〇 1日5時間勤務(月20日)

該当するものにチェックをつけてください。  
 ※育休復帰される場合は「就労」扱いです。

4 祖父母の状況

※65歳未満の祖父母が同居している場合は、祖父母についても雇用証明書等の提出が必要です。

※申請児童と祖父母の住所が同一で、別の建物に居住している場合や二世帯住宅の場合は、欄外にその旨メモしてください。

		居住区別	氏名	年齢	住所(同居の場合は記入不要)	職業
父方	祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居	宇城 一男	63歳		農業
	祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居	宇城 梅子	63歳		農業
母方	祖父	同居・別居	死別			
	祖母	同居・別居	三角 百合子	61歳	宇城市三角町〇〇	パート

5 申請児童の情報

障害者手帳の情報	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (乳製品 ) 症状の程度 (軽度 )
その他児童の健康状態 ※該当する場合に記入	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input checked="" type="checkbox"/> その他 (特になし ) 主な症状 (
健診での指導事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：既往・通院中 (
	【入院】 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (子育て相談センター・保健センター・児童相談所・その他 ) 相談内容 (
現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 母 (産休育休・求職中・その他) <input type="checkbox"/> 父 (育休・求職中・その他) <input type="checkbox"/> 祖父母 (父方・母方) <input type="checkbox"/> 施設 (

こちらに記入された内容は、入所決定時に  
 入所する保育所等へお知らせします。  
 お子様についてご不安な点があれば記入し  
 てください。

6 個人情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定に必要となる個人情報(氏名・住所・生年月日・電話番号)及び二世帯情報を閲覧すること並びに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。

また、教育・保育給付認定申請の結果については、入所が決まった時点で入所承諾通知書又は利用契約決定通知書と併せて送付することに同意します。

現在、保育所や託児所等を利用している場合は、  
 こちらに施設名を記入してください。

保護者氏名 宇城 一郎 印

※児童手当受給者。自署の場合は押印不要。