**〈記 入 上 の 注 意〉**

　この教育・保育給付認定申請書兼保育利用申込書兼現況届兼児童台帳は、保護者が次の点に注意し記入のうえ町役場（施設（事業者）を経由して提出する場合は、入所を申し込んだ施設）に提出してください。なお、その家庭から２人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに１枚の用紙を用いてください。

**（１ページ）**

　１　「申請児童」の欄は、氏名にフリガナを付し、「性別」の欄は該当するものを○で囲んでください。

　２　「障がい」の欄は、申請児童に係る障がいの有無を□にチェック（☑）し、有の場合、障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等）について、記入してください。

　３　「保護者住所・連絡先」欄の（連絡先）については、連絡先が複数ある場合は連絡のつきやすい順に電話番号を全て記入してください。

　４　「認定証番号」の欄は、申請児童が既に施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定を受けている場合は、当該申請児童に係る認定証番号を記入してください。

　５　「利用希望期間」の欄は、小学校就学前まで又は施設（事業者）の利用を希望する期間を記入してください。（「保育の希望の有無」の欄で「有」を選択した場合は、保育の実施が必要な理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。）

**（２ページ）**

６　①「世帯の状況」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の両親（同居・別居の別を「備考」に記入してください。）及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」欄は該当するものを○で囲んでください。また、世帯員の中で申請児童の他に施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定をすでに受けている児童がいる場合は、当該児童に係る「認定証番号」を「備考」に記入してください。

「世帯の状況」の下欄は、該当する□にチェック（☑）してください。

　７　③「税情報等の提供に当たっての署名欄」は、署名欄の記載の内容を確認のうえ、署名してください。

**（３ページ）**

　８　④「保育を必要とする事由」の欄は、１頁の「保育の希望の有無」の欄で「有」の場合に記入してください。（「無」の場合は記入の必要はありません。）

保育の必要性の認定基準は、次の表に掲げるような場合です。

|  |
| --- |
| **保 育 の 必 要 性 の 認 定 基 準**以下のいずれかの事由に該当すること①就労（フルタイムのほか、パートタイム、夜間など基本的にすべての就労に対応（一時預かりで対応可能な短時間の就労は除く）②妊娠、出産③保護者の疾病、障がい④同居又は長期入院している親族の介護・看護⑤災害復旧⑥求職活動（起業準備を含む）⑦就学（職業訓練校等における職業訓練を含む）⑧虐待やＤＶのおそれがあること⑨育児休業取得時に、既に保育を利用している子どもがいて継続利用が必要であること⑩その他、上記に類する状態として市町村が認める場合 |

「保育を必要とする事由」の欄は、児童を保育できない事由を上記の表①～⑨のいずれに掲げる場合に該当するかを診断して、該当する全ての□にチェック（☑）し、かつ、その具体的な状況について、同欄に記入してください。

なお、①～⑨の場合以外で児童を保育できない理由がある場合（親のいない家庭など）は「その他」にチェック（☑）し、内容を記入してください。

※　　具体的な状況について、例えば、

①に該当する場合は、就労時間・就労日数等

②では出産（予定）日や産後の母の状況等

③では傷病名や治療見込期間、障がいの程度等

④では介護している高齢者の介護度や看護している病人の傷病名や治療見込期間等

⑤では災害の程度・復旧見込期間等

⑥では求職活動状況等を具体的に記入

⑦では就学先・就学期間・就学時間・就学日数等

⑩ではその他に記載した内容の具体的な状況を記入してください。

　９　⑤「保育の利用を希望する施設（事業者）名」の欄は、希望する順位に従い施設（事業者）名を第３希望まで必ず記入し、また、その施設（事業者）を希望する理由（例えば、既に兄弟が利用しているため、延長保育（預かり保育）を実施しているため、距離が近いため等）を記入してください。

**（留意事項）**

　教育・保育給付認定（保育の必要性の認定）及び施設（事業者）への入所については、

　・保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合

　・希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合

　・保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知ください。

**教育・保育給付認定申請書　兼　保育利用申込書　兼　現況届　兼　児童台帳**

　平内町長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　次のとおり、施設型給付費・地域型給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。　保育が必要な場合、保育の利用を申し込みます。 | 現在利用している施設（事業者）名 | 該当欄をチェックしてください。 |
|  |
| □ 新規　□ 継続 |
| 申請日 | 令和　 　年　 　月　　 日 | 保護者氏　名 |  |
| 申　請　児　童 | 個人番号 |  | 生年月日 | 性別 | 兄弟姉妹における順番 |
| 氏　　名 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 男・女 | □ 第１子　□ 第２子□ 第３子以降 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 障がい | □無　□有（　　　　　手帳　　　級　□その他証明） |
| 保護者住所・連絡先 | 住　所 | 〒 |
| 父携帯 |  | 自　宅 |  |
| 母携帯 |  | （　　） |  |
| 保護者の令和５年1月1日現在の住所 | 父 | □ 同上　　□ 上記以外⇒　　　　　都・道・府・県　　　　　市・区・町・村 |
| 母 | □ 同上　　□ 上記以外⇒　　　　　都・道・府・県　　　　　市・区・町・村 |
| 保育の希望の有無（※） | 有 | □ 保育所等のみ希望（保護者の就労等により保育が必要） |
| □ 幼稚園等と保育所等の両方を希望（保育が必要だが幼稚園等申込：併願） |
| 無 | □ 幼稚園等のみ希望（保育所等は希望しない） |
| **現在入所保育所**・利用が内定している幼稚園等名称 |  | 支給認定証番号（交付されている場合） |  |
| 利用希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～ | □ 小学校就学前まで□ 令和　　　年　　　月　　　日まで |

(※)・「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。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

　　　　　・保育の希望「有」の場合は見開きの①～⑤に、「無」の場合は見開きの①～③に必要事項を記入してください。

＊施設記入欄（施設（事業者）を経由して町に提出する場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 令和　　　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（　　　　　　　　　　　　　） |
| 入所契約（内定）の有無 | □ 有（ 　令和　　　年　　　月　　　日　契約 ・ 内定 ）　　　□ 無 |

＊町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 支給認定証番号 |  |
| 認定の可否 | 認定区分等 | 教育・保育給付認定期間 |
| 可　・　否　　令和　　 年　　 月　　 日認定（否とする理由） | □１号　□２号　□３号 | 自 令和　 年 　月　 日至 令和　 年 　月 　日 |
| 教育・保育給付（入所）の可否 |
| 可　・　否　　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型（否とする理由） |
| 入所施設（事業所）名（事業所番号） | 　　　　　　　　□幼稚園　□保育所　□地域型（家庭的・小規模・事業所・居宅）（　　　　　　）□認定こども園（幼保連携型・幼稚園型・保育所型・地方裁量型） |
| 　　年度　町民税所得割　　均等割　　父　　　　　　　　　　有・無　　母　　　　　　　　　　有・無（　　　）　　　　　　　　有・無　合計 | 国階層　　　町階層　　　年齢第　　　　　　　　　　　　　　　歳基準額・半額・無料・母子等・第３子 | 利用者負担額（保育料） |
|  |

**①世帯の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 児童との続柄 | 生　計中心者 | 生年月日 | 性別 | 勤務先・学校名・通園施設名等学年も記入してください。 |
| 申請児童の同居者（世帯分離している同居者も含む） | ﾌﾘｶﾞﾅ | 父 |  | Ｓ・Ｈ | 年 　　月 　　日 | 男 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 母 |  | Ｓ・Ｈ | 年　 　月 　　日 | 女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | Ｔ・ＳＨ・R | 年　 　月　 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | Ｔ・ＳＨ・R | 年　 　月　 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | Ｔ・ＳＨ・R | 年　 　月　 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | Ｔ・ＳＨ・R | 年　 　月　 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | Ｔ・ＳＨ・R | 年　 　月　 　日 | 男・女 |  |
|  |
| 個人番号 |  |
| 健康保険における児童の扶養者 | □父　□母　□父母以外⇒ | 児童との続柄 | ：　　　　　　氏名： |
| 生活保護の適用 | □無　□有⇒　　　　　年　　　月　　　日保護開始 |
| ひとり親の場合の理由 | □離婚　□死別　□未婚　□行方不明（　　　年　　　月頃から）□別居（　　　年　　　月頃から）⇒調停：□無　□有 |
| 同居者の障がい・介護認定 | □障がい　□介護認定　内容： | 児童との続柄　 | ：　　　氏名： |
| □障がい　□介護認定　内容： | 児童との続柄　　 | ：　　　氏名： |
| 祖父母の状況 |  | 年　齢 | 同居・別居の別（別居の場合は住所記入（町名まで）） | 就　労 | 健康状態 |
| 父方 | 祖父 |  | □同居　□別居　住所： | □有 □無 | □良 □不良 |
| 祖母 |  | □同居　□別居　住所： | □有 □無 | □良 □不良 |
| 母方 | 祖父 |  | □同居　□別居　住所： | □有 □無 | □良 □不良 |
| 祖母 |  | □同居　□別居　住所： | □有 □無 | □良 □不良 |

**②申請児童の状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請児童の状況 | アレルギー　　□ 無　　□ 有 |
| 　⇒有の場合　□卵　□牛乳　□大豆　□小麦粉　□そば　□その他：　　　　　　　家庭での除去の内容　　□完全除去　　□部分除去　　□除去なし　　　　　　　医師の指導に基づいて　□いる　　□いない　　　　　　　食物以外のアレルギー： |
| 治療中の傷病・既往歴　　□ 無　　□ 有 |
| 　⇒有の場合　病名：　　　　　　　　　　　時　期：　　年　　月頃～　　年　　月頃まで　　　　　　　通院頻度：　　　　　　　　　経過等： |
| 施設等の利用にあたり、健康上又は発育上気になることがあれば記入してください。 |

**③税情報等の提供・支給認定結果の通知に当たっての署名欄**

|  |
| --- |
| 　町が施設型給付費・地域型保育給付費の教育・保育給付認定等に必要な町民税の情報（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等（保育料や副食費の免除）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、４月からの新規利用・継続利用の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、30日間を超えて結果の通知を受けることに同意します。**保護者氏名**　 |

※以下は保育の希望「有」の場合に記入してください。

**④保育を必要とする事由**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育を必要とする理由 | 続　柄 | 保　護　者　の　状　況 |
| 父父母以外の場合(　　 ) | □就労　　　　　　　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満　⇒１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月就労時間（　　時間） |
| □保護者の疾病・障がい ⇒傷病・障がい名：　　　　　　　 　障害者手帳：　級　⇒入院・通院 治療見込期間：　　　 年 　月　 日～　　　 年 　月　 日 |
| □家族の介護・看護　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満⇒傷病名：　　　　　　　　　　　障害者手帳：（　　級）・要介護度：（　　）　⇒入院・通院　治療見込期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月介護・看護時間（　　時間） |
| □災害復旧　具体的に：　⇒復旧見込期間： |
| □求職活動・起業準備等 ⇒就労予定：　　　　年　　月　　日～　具体的活動状況： |
| □就学・職業訓練　　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満⇒１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月就労時間（　　時間）⇒就学先：　　　　　　　　期間：　　　 年 　月 　日～　　 　年　 月　 日 |
| □育児休業中 ⇒期間：　　　　 年　 　月　 　日～　　 　　年　 　月　 　日 |
| □その他： |
| 母 | □就労　　　　　　　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満　⇒１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月就労時間（　　時間） |
| □保護者の疾病・障がい 傷病・障がい名：　　　　　　　　　 障害者手帳：　級　⇒入院・通院　治療見込期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| □家族の介護・看護　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満　⇒傷病名：　　　　　　　　　　　障害者手帳：（　　級）・要介護度：（　　）　⇒入院・通院　治療見込期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月介護・看護時間（　　時間） |
| □災害復旧　具体的に：　⇒復旧見込期間： |
| □求職活動・起業準備等 ⇒就労予定：　　　　年　　月　　日～　具体的活動状況： |
| □就学・職業訓練　　　□月 120時間以上　□月 48時間以上～120時間未満　⇒１日（　　時間）×１か月あたり（　　日）＝１か月就労時間（　　時間）　⇒就学先：　　　　　　　　期間：　　 　年 　月 　日～　　 　年　 月　 日 |
| □育児休業中 ⇒期間：　　　 　年　 　月 　　日～　　 　　年 　　月 　　日 |
| □その他： |

⑤保育の利用を希望する施設（事業者）名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 利 用 希 望 施 設（事業者）名 | 希 望 理 由 | 見　学 |
| 第１希望 | □ 保育所（園）　□ 地域型□ 認定こども園 |  | 済・未 |
| 第２希望 | □ 保育所（園）　□ 地域型□ 認定こども園 |  | 済・未 |
| 第３希望 | □ 保育所（園）　□ 地域型□ 認定こども園 |  | 済・未 |
| 兄弟の状況 | □有・□無：⇒　　人（うち就学前児童　　人、小学生　　人、中学生　　人、その他　　人）保育所等入所兄弟：□有・□無 ⇒　　　　保育所・　　　　幼稚園・　　　　認定こども園 |
| 備　　考 |  |