

**教育・保育給付認定申請書兼保育施設利用申込書（施設型給付費・地域型保育給付費）**

龍ヶ崎市長 様

申請日 年 月 日

1 市が施設型給付費の教育・保育給付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に同意します。また、提出した申込書等に記載した事項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・保育施設に対して提示することに同意します。

2 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、次のとおり教育・保育給付認定を申請し、かつ、保育施設の利用を申し込みます。

		申請保護者氏名			
フリガナ		生年月日		性別	障がい者手帳
申請児童氏名		H・R	年	月	日生
個人番号				□男 □女	□有
保護者1 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）		保護者2 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
フリガナ		フリガナ			
氏名		氏名			
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日		
個人番号		個人番号			
連絡先	— —	連絡先	— —		
保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）	保育を必要とする事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保護者住所（現住所）	龍ヶ崎市 保護者2は保護者1と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ）				
世帯状況 ※該当の場合にチェック	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯（ 年 月 日から） <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居（調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 拘留中 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ 年 月 日受給開始） <input type="checkbox"/> 在宅障がい者世帯 （氏名： ）（手帳種別： <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神）等級： 級（度）				
上記以外の申請児童の同居者	氏名	申請児童との続柄	性別	生年月日 個人番号	就労先・通学・通園先
	(フリガナ)		□男 □女	年 月 日	
	(フリガナ)		□男 □女	年 月 日	
	(フリガナ)		□男 □女	年 月 日	
	(フリガナ)		□男 □女	年 月 日	
	(フリガナ)		□男 □女	年 月 日	

利用希望期間	年 月 1 日から <input type="checkbox"/> 年 月 日		まで
希望利用時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		時 分～ 時 分
保育の必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間（1日11時間まで）		<input type="checkbox"/> 保育短時間（1日8時間まで）
利用を希望する施設名			
第1希望		<input type="checkbox"/> 見学 済み	第4希望
第2希望		<input type="checkbox"/> 見学 済み	第5希望
第3希望		<input type="checkbox"/> 見学 済み	第6希望
送迎	送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	送迎手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
幼稚園等 <sup>※1</sup> との併願希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（併願する幼稚園等： ）		
きょうだい同時申込	<input type="checkbox"/> 同園・同時期のみ入所希望 <input type="checkbox"/> 同時期であれば別園でもかまわない		<input type="checkbox"/> 同園であれば別時期入所でもかまわない <input type="checkbox"/> 別園・別時期でもかまわない
きょうだいが在園中	<input type="checkbox"/> きょうだいと同じ園のみ希望 <input type="checkbox"/> 別の施設でもかまわない		
利用できなかった場合 の予定 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 申し込みを取り下げる <input type="checkbox"/> 一時保育を利用する <input type="checkbox"/> 職場に連れていく <input type="checkbox"/> 認可保育所以外の施設を利用する（予定施設： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 保護者・親族等が保育する（予定者： ） <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する <input type="checkbox"/> 希望する保育施設の変更を検討する
(希望日から利用できなかった場合) 希望日以降の利用調整の希望	<input type="checkbox"/> 希望する※年度末まで毎月利用調整されます <input type="checkbox"/> 希望しない		
(希望日から転園できなかった場合) 現在の施設の継続利用希望	<input type="checkbox"/> 継続利用する <input type="checkbox"/> 退所する		
転園を希望する理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
再入園 <sup>※2</sup>	退所した保育施設名（ ） 退所年月（ 年 月）		

※1 「幼稚園等」とは、幼稚園又は認定こども園（教育部分）をいいます。

※2 本申し込み児童の弟妹の育児休業取得時に、保育施設を退園（所）した方のみご記入ください。

【注意】第1希望が認定こども園の場合、提出先が異なる場合がありますので、ご不明な場合は市にお問い合わせください。

----- 以下は記入しないでください。 -----

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日	認定者番号	
認定の可否		給付（入所）の可否	
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
(否とする理由)		(否とする理由)	
認定区分	<input type="checkbox"/> 2号認定 <input type="checkbox"/> 3号認定 ( <input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 )		
利用決定施設名			

\*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市へ提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	
担当者連絡先	担当者氏名： /連絡先：
備考	