

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・保育園・認定こども園・地域型保育入園申込書

那須塩原市長 様

那須塩原市福祉事務所長 様

(施設長 様)

年 月 日

次のとおり、①子ども・子育て支援法第20条第1項の規定に基づき、教育・保育給付認定を申請します。

②那須塩原市保育の実施等に関する規則第2条第1項の規定に基づき、保育の利用について申し込みます。

申請児童	氏名	生年月日 ※年齢は4.1現在	性別	保護者 との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
	(フリガナ)	年 月 日生 ( 歳 月)	男・女		
保護者		年 月 日生	電話番号 (自宅)		
	(住所) 那須塩原市		父携帯		
			母携帯		
保育の希望の有無	有	保護者の労働、疾病その他の理由により、保育園、認定こども園（保育部分）、地域型保育（小規模保育等）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			

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は、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
	父	<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 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入	
	母	<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 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）や、その他の内容を記入	

②世帯の状況

ひとり親世帯、在宅障害児（者）のいる世帯の適用の有無	無 ・ 有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)のいる世帯 )
生活保護の適用の有無	無 ・ 有 ( 年 月 日保護開始 )

区分	氏名	生年月日	個人番号	性別	児童との続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
児童の世帯員		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			
		年 月 日生		男・女			

③祖父母の情報

		同居・別居の別	氏名	年齢	住所 (同居の場合は記入不要)	職業
父方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				
母方	祖父	同居・別居・他				
	祖母	同居・別居・他				

④申請児童の情報 (裏)

障害者手帳の情報	無・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	無・有 ( )
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ( ) 主な症状 ( )
健診での指導事項	無・有 ( )
通院・入院の有無	【通院】無・有 (内容 ) 【入院】無・有 (内容 )
子育て関係機関への相談	無・有 ( 相談先 : ) 相談内容 ( )
現在の保育状況	母 (産休育休・求職中・その他) 祖父母 (父方・母方) 施設 (施設名 )

⑤利用を希望する期間、希望する施設 (事業者) 名

利用を希望する期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*1)	利用曜日	利用時間
	月・火・水・木・金・土 不定期 (平均週 日)	時 分から 時 分まで
利用を希望する 施設 (事業者) 名 (*2)	施設 (事業者) 名・希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	第4希望	(希望理由)
	第5希望	(希望理由)

(\*1) 幼稚園等の利用を希望する場合は、記入不要です。

(\*2) 幼稚園等を経由して市に提出する場合又は既に保育園、幼稚園若しくは認可外保育施設を利用している方は、記入不要です。

⑥保護者署名欄

市が、施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・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、保育施設等の申込みに関する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

保護者氏名

\*施設記載欄 (幼稚園等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	担当者名
入園内定の有無	有 ( 契約・内定 ( 年 月 日契約 (内定) )) ・ 無

\*市記載欄

受付年月日	年 月 日	認定 担当者	入力 担当者
認定の可否 可・否 (否とする理由)		認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
支給 (入所) の可否 可・否 (否とする理由)		支給 (利用) 期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
[ □施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型 ]			
入所施設 (事業者) 名			
[ □認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保) ) □幼稚園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事) ]			

記入例

設計型給付費・地域型保育給付費等

※修正テープ使用不可※ 修正する場合は、二重線を引いた上、訂正印を押してください。

住所は、住民登録があり、かつ居住している場所です(この住所に結果が通知されます)。

\*転入予定者⇒転入先の住所と転入予定日、転居するまでの住所を欄外に記入してください。住所異動後、変更届を提出してください。

入園を希望する年度の4月1日現在の年齢・月齢になります。

入園希望月に希望園の保育年齢に達しているか確認してください。※0歳児は要注意※

申込書記入日です。

令和5年 10月 2日

保育給付認定を申請します。

氏名	生年月日 ※年齢は4.1現在	性別	保護者との続柄	認定者番号 ※既に認定済みの場合
那須塩原 太郎	令和5年4月2日生 (0歳11か月)	男・女	子	
那須塩原 一郎	昭和63年11月11日生	電話番号 (自宅)	0287-62-0000	
(住所) 那須塩原市 共壑社 1			990-1234-△△△△	
保護者の労働、疾病その他 (分)、地域型保育(小規模保育等)の利用を希望する場合			990-9876-××××	
保育の希望の有無	有		認定子ども園(保育部)	
	無		幼稚園、認定子ども園(教育部分)の利用を希望する場合	

①保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は、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
	父	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 <input type="checkbox"/> 工業 <input type="checkbox"/> 時間	
	母	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)や、その他の内容を記入 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/>	

ひとり親世帯等の適用の有無が有の場合、ひとり親世帯又は在宅障害者(児)のいる世帯に関する申立書の提出が必要です。

②世帯の状況

ひとり親世帯、在宅障害者(児)のいる世帯の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 ( <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害者(児)のいる世帯 )
生活保護の適用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 ( 年 月 日保護開始 )

区分	氏名	生年月日	個人番号	性別	児童との続柄	勤務先名又は学校名等	勤務先の連絡先
	那須塩原 一郎	昭和63年11月11日生	1111-0000-0000	男・女	父	〇〇会社	63-△△△△
	那須塩原 花子	昭和63年5月18日生	2222-0000-0000	男・女	母	求職中	
	那須塩原 桃子	平成27年9月15日生	3333-0000-0000	男・女	姉	〇〇小学校	
	那須塩原 一男	昭和39年11月16日生	4444-0000-0000	男・女	祖父	農業	
	那須塩原 百合	昭和38年5月2日生	5555-0000-0000	男・女	祖母	曾祖母の介護	
	那須塩原 梅子	昭和6年4月25日生	6666-0000-0000	男・女			

保護者、家族及び同居者の情報を記入してください。

同居の60歳未満の方は、「保育の利用を必要とする事由」の書類がなくとも申込はできますが、優先度合いが低くなり

③祖父母の情報

	同居・別居の別	氏名	年齢	職業	
父	祖父	同居・別居・他	那須塩原 一男	59	農業

個人番号(マイナンバー)について

窓口で番号を確認しますので、個人番号欄に記載のうえ、以下のものを持参してください。

<保護者の方が持参するとき>

- ①保護者(窓口に来た方)の個人番号を確認する資料
  - …マイナンバーカード、通知カード(住所、氏名等が現況と一致しているもののみ)、個人番号の記載のある住民票のいずれか1点
- ②保護者(窓口に来た方)の身元を確認する資料
  - …【1点のみ可能】マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳等
  - 【2点以上必要】保険証、年金手帳、児童扶養手当書、法人が発行した証明書等

<代理人の方が持参するとき> ※①と合わせて、以下のものが必要です

- ③代理人の身元を確認する資料…②参照
- ④代理権が確認できる書類…任意の委任状や保護者本人しか持ちえない書類 等

④申請児童の情報 (裏)

障害者手帳の情報	<input checked="" type="radio"/> 無 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 checked="" type="radio"/> 無 有 ( )
その他児童の健康状況 ※該当する場合に記入	アトピー ・ ぜんそく ・ その他 ( ) 主な症状 ( 別紙に記入してください )
健診での指導事項	<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( 別紙に記入してください )
通院・入院の有無	【通院】 <input checked="" type="radio"/> 無 有 (内容 別紙に記入してください) 【入院】 <input checked="" type="radio"/> 無 有 (内容 別紙に記入してください)
子育て関係機関への相談	<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( ) 相談内容 ( 別紙に記入してください )
現在の保育状況	母 (産休育休・求職中・その他) 祖父母 (父方・母方) 施設 (施設名 )

⑤利用を希望する期間、希望する施設 (事業者) 名 **月の初日(1日)を記入してください。**

利用を希望する期間	令和 6年 4月 1日 から 令和 12年 3月 31日 まで	
希望する 利用曜日・時間 (*1)	利用曜日	利用時間
	<input checked="" type="radio"/> 月・火・水・木・金・土 不定期 (平均週 日)	8時 00分 から 16時 30分 まで
利用を希望する 施設 (事業者) 名 (*2)	施設 (事業者) 名・希望理由	
	第1希望 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 保育園	(希望理由) 自宅から近いため
	第2希望 <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 認定こども園	(希望理由) 自宅から近
	第3希望 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 保育園	(希望理由) 勤務先か
	第4希望 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 認定こども園	(希望理由) 通勤途中

(\*1) 入園希望月に希望園の保育対象年齢に達しているか確認してください。  
(\*2) 又は既に保育園、幼稚園若しくは認可外保育施設を利用している方は、記入不要です。

⑥市及び町  
ま  
・入園希望月に希望園の保育対象年齢に達しているか確認してください。  
※0歳児は要注意※  
・すべて通うことができる園か確認してください。

給付費等の教育・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。) 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。  
する世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。  
保護者氏名

那須塩原 一郎

\*施設記載欄 (幼稚園等を経由して市に提出する場合)

受付年月日 年 月 日

保護者の方がサインしてください。

施設 (事業者) 名	担当者名
入園内定の有無	有 ( 契約・内定 ( 年 月 日契約 (内定) )) ・ 無

\*市記載欄

受付年月日 年 月 日

認定担当者	入力担当者
-------	-------

認定の可否 可・否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <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 (入所) の可否 可・否 (否とする理由) [ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ]	支給 (利用) 期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
入所施設 (事業者) 名		
<input type="checkbox"/> 認定こども園 ( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保 ( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地 ( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) ) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型 ( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事)		