

# 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 特定教育・保育施設、特定地域型保育事業入所申込書

令和 年 月 日

申込日を記入してください

東広島市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

【個人情報等の提供にあたって】

市町村が施設型給付費・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・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提示することに同意します。

保護者氏名 広島 花子

申請に係る小学校 就学前 子ども	氏名	生年月日	性別
	広島 太郎	2017・5・20	男・女
住所 東広島市 西条栄町8-29 (〒 739 - 8601 )		自宅電話 ( - - ) 父・母( ) 携帯電話 ( 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) アパート・団地名( ) ( 号)	
本年1月1日現在の住所	東広島市内 ・ 市外		
前年1月1日現在の住所	東広島市内 ・ 市外		
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。		
保育の希望の有無(※)	有 (標準時間)	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、その開所時間のうち8時間を超える 保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) 最大利用時間:開所時間~11時間 (延長保育を除く)	
	有 (短時間)	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、その開所時間のうち8時間の範囲で 保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む)	
	無	幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)	
(※)・「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。 ・保育所等における標準時間と短時間の利用方法の違いは別紙「保育の必要性の認定について」をご参照ください。			

\*\*\*ここより下は新規で入所を希望される方のみご記入ください。\*\*\*  
すでに入所をされている方や、教育・保育給付認定申請のみを希望される方は記入は不要です。

東広島市福祉事務所長 様

特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業 施設長様

特定教育・保育施設、特定地域型保育事業への入所について次の通り申込みます。

希望する事業所名	希望理由	交通手段	送迎する人
1.( 〇〇幼稚園 )	自宅から近いため	徒歩・自転車・自家用車 その他( )	いき ( 母 ) かえり ( 母 )
2.( )		徒歩・自転車・自家用車 その他( )	いき ( ) かえり ( )
3.( )			いき ( ) かえり ( )
4.( )			いき ( ) かえり ( )
5.( )		徒歩・自転車・自家用車 その他( )	いき ( ) かえり ( )
入所希望期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
保育の実施を必要とする理由 (保育の希望の有無で「無」と回答いただいた方は記入不要です。)	両親等： 父( )、 母( )、 ( ) ※( )に下の該当番号を記入 1. 居宅外労働 2. 居宅内労働 3. 出産 4. 傷病等 5. 介護(児童との続柄 ) 6. 災害 7. その他( 求職中・学生・その他： )		

面談時に決められた  
入園日を記入してください

<<<裏面に続<>>>

市記載欄	保育番号
	決定園名称
	承認利用時間 標準時間 ・ 短時間

# 児 童 台 帳

区分	氏名	児童との続柄	性別	生年月日	勤務先及び電話番号または学校等の名称
入所児童の家庭世帯状況	ふりがな ひろしま たろう 入所 広島 太郎	本人	男	H29・5・20	1. 初めて申し込む 2. ( ) (在所歴有り)
	個人番号		女		
	ふりがな ひろしま いちろう 父 広島 一郎	(保護者) 父	男	S〇〇・〇・〇	株式会社 〇〇〇〇
	個人番号		女		
	ふりがな ひろしま はなこ 母 広島 花子	母	男	S〇〇・〇・〇	株式会社 〇〇〇〇
	個人番号		女		
	ふりがな ひろしま じろう 兄 広島 次郎	兄	男	H〇〇・〇・〇	〇〇小学校
個人番号		女			
			男		

・ 単身赴任・別居中などで同世帯に父・母がいないときは、1行あけて名前・住所を記入してください。

・ 同居中だが別世帯の祖父母がいる場合、1行あけて祖父母の名前などを記入してください。

入所児童本人の状況	1. 健康状態 (健康)・病弱 2. 保育上配慮する事柄(児童の安全確保のため必要となりますので、具体的な記入をお願いします。) ■ アレルギー・アトピーの有無 (有) (医療機関等によるアレルギー表があれば併せて提出して下さい。) (何の: 卵 無 ■ 障害者手帳の有無 有・無 ■ 療育手帳の有無 有・無 ■ 療育等関係機関の利用の有無 有・無 ■ 特別児童扶養手当の受給の有無 有・無 ※その他気になる点等ありましたら自由記載欄に記入してください。 ※集団生活をする上で気にかかることがある場合は、関係機関連携をとることがあります。	必要保育時間 (平日) 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分 (土曜) 時 分～ 時 分 ※決定した保育所(園)の開所時間を越えてのお預かりはできません。
	延長保育の利用希望の有無 有・無 世帯が変更になる予定 有・無 世帯	

自由記載欄	アレルギーのため卵除去食を希望します。 障害者手帳や療育手帳がある場合、その写しが必要です。
-------	---

※ 以下は記入しないでください。

保育の実施要否	保育実施期間		保育実施解除	申込者	父・母 父母以外 →氏名( )	係員
	要・否 1. 2. 3 令和 年 月 日承認	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 経過				