

子どものための教育・保育給付認定申請書(法第19条第1項第2号・第3号)兼保育所入所(保育所等利用調整)申込書

岩沼市長 殿

次のとおり、関係書類を添えて子どものための教育・保育給付に係る認定(法第19条第1項第2号・第3号)を申請します。また、保育所入所(保育所等利用調整)に係る申込みを行います。

住所	〒 - -		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 年 月 日	
連絡先電話番号	父 - -	母 - -	自宅	- -	
ふりがな			児童の生年月日	児童の性別	児童の障害者手帳等
児童氏名			年 月 日	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は手帳名・等級等
児童の個人番号					<input type="checkbox"/> 無
現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 父又は母が自宅で保育 <input type="checkbox"/> 実家で保育		<input type="checkbox"/> 施設利用中(施設名)		<input type="checkbox"/> その他()
利用を希望する施設	第一希望	第四希望		○第七希望以下はこちらに御記入ください	
	第二希望	第五希望			
	第三希望	第六希望			
利用を必要とする期間	年 月 日 から <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで				
利用を必要とする曜日・時間	平日	時 分から 時 分まで		利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	土曜	<input type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 利用有		有の場合	時 分から 時 分まで
利用施設への送迎	送迎者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()		送迎方法 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他()		
兄弟姉妹で申込みされる場合	<input type="checkbox"/> 同じ施設を利用できる場合のみ利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 異なる施設を利用できる場合でも利用を希望する。 <input type="checkbox"/> 一人だけ利用できる場合も利用を希望する。				

※ 保育所以外の施設を希望された場合でも、保育所等利用調整の結果、保育所に決定したときは、保育所への入所申込みがなされたものとみなします。
 ※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部分)、小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業をいいます。
 ※ 「保育所」とは、公立保育所及び私立保育園をいいます。

1 家族の状況 ※以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にしている**家族全員**について御記入ください。

児童との続柄	ふりがな 氏名	生年月日	保育の必要事由又は 通学通園施設名	個人番号 (父・母・祖父母分のみ記載)	障害者手帳等
父		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
母		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

※該当する方は次に記入してください。

年1月1日現在の住所地が上記と異なる場合	〒 - -				
父又は母がいない理由	<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 別居 (年 月 日頃から) → (離婚調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
生活保護法の適用	保護開始 (年 月)				
単身赴任	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 (住民票 : <input type="checkbox"/> 岩沼市 <input type="checkbox"/> 赴任先市町村(市町村名:))				

2 児童の状態

これまでにかかった又は現在かかっている病気等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ())	
	<input type="checkbox"/> 有の場合: <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (いつ : 年 月) <input type="checkbox"/> その他病名 ()	
発達遅滞・障害等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疑い) <input type="checkbox"/> 経過観察中(相談している保健師: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

3 保育の利用を必要とする事由

		父				母					
就 労	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	事業名・住所	名称: 住所: 連絡先電話番号 - -				名称: 住所: 連絡先電話番号 - -					
	就労日数	1月平均	日	就労時間	1日平均	時間	1月平均	日	就労時間	1日平均	時間
	就労形態	<input type="checkbox"/> シフト制 → 時 分 ~ 時 分の間 <input type="checkbox"/> 固定制 → 時 分 ~ 時 分勤務				<input type="checkbox"/> シフト制 → 時 分 ~ 時 分の間 <input type="checkbox"/> 固定制 → 時 分 ~ 時 分勤務					
	土曜勤務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	通勤時間	片道 分 (通勤方法)				片道 分 (通勤方法)					
	育児休業	年 月 日 まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上予定有				年 月 日 まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上予定有					
そ の 他	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) <input type="checkbox"/> 無) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) ・自宅療養 ・入院(年 月 日)				<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) <input type="checkbox"/> 無) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) ・自宅療養 ・入院(年 月 日)					
		<input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の:) (介護・看護が必要な病名・障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) ・ 無) ・病院で付添看護している(1日平均 時間) ・自宅で付添看護している(1日平均 時間) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分)				<input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の:) (介護・看護が必要な病名・障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) ・ 無) ・病院で付添看護している(1日平均 時間) ・自宅で付添看護している(1日平均 時間) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分)					
		<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 (年 月 日 就労予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧 (年 月 日 災害発生) <input type="checkbox"/> 求職活動				<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 (年 月 日 就労予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧 (年 月 日 災害発生) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 出産(予定)日(年 月 日)					
		同居の祖父				同居の祖母					
就 労	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	事業名・住所	名称: 住所: 連絡先電話番号 - -				名称: 住所: 連絡先電話番号 - -					
そ の 他	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) <input type="checkbox"/> 看護・介護(誰の) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) <input type="checkbox"/> 看護・介護(誰の) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※記載内容に誤りや虚偽があった場合、施設を利用できない場合があります。

同 意 書	教育・保育給付認定の申請及び保育所入所(保育所等利用調整)申込に当たり、次の事項について同意します。	
	1 岩沼市が教育・保育給付認定に必要な市区町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、またその情報に基づき決定した利用者負担額について、保育所等に対して提示すること。	
	2 申請に記入されている事項又は記載されている者について、教育・保育の運営上で必要な情報が、保育所等に提供されること。	
	3 保育を必要とする事由、世帯構成等に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。	
		保護者氏名 _____ ※自署でない場合は、記名押印してください。

【岩沼市記入欄(この枠内は記入しないでください)】				受付年月日	
この用紙の受取者	認定の可否	可・否	年 月 日 認定	年 月 日	
認定区分 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	時間区分	標準・短	給付認定(利用)期間	年 月 日から	年 月 日まで
生保適用 <input type="checkbox"/> 無・有	母子適用 <input type="checkbox"/> 無・有	在宅障害適用 <input type="checkbox"/> 無・有	支給認定証番号		