様式第1号

**保育園入園申込書 兼 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(児童台帳)**

令和　　年　　月　　日

　　　　珠洲市長

　　　　　　　〒　　－　　　　　　　　　　　　　電話(自宅)

　　保護者　　住所　　　　　　　　　　　　　　 携帯(父)

　 (申請者) 　氏名　　　 　 　　　　　　　　　　携帯(母)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費にかかる給付認定を申請します。

保育園へ入園させたいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請児童 | 氏　　名 | 性別 | 生年月日 | 児童個人番号(12ケタ) |
| （フリガナ） | 男・女 |  年　 月　 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保育の希望の有無 |  有 | 保護者の労働又は疾病等の理由により、認定こども園等(保育機能部分)において保育の利用を希望する場合 | 　⇒　①～⑤を記入 |
| 無 | 認定こども園等（幼稚園機能部分）の利用を希望する場合(保育所との併願の場合を除く) | 　⇒　①～③、⑤を記入 |

1. 利用を希望する期間、希望する施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 　令和　　年　　月　　日　から　　令和　　年　　月　　日　まで |
| 希望する利用曜日・時間 | 利用曜日 | 利用時間 |
| 　 曜日　から 　曜日　まで | 　 時　　分　から　　時　　分　まで |
| 土曜日 | 　 時　　分　から　　時　　分　まで |
| 利用を希望する施設名 | 施設名・希望理由 |
| 第1希望　　　　　　保育園 | (希望理由) |
| 第2希望　　　　　　保育園 | (希望理由) |

**※保育の希望が無の場合、土曜日の記入不要**

1. 世帯の状況

|  |  |
| --- | --- |
| ひとり親世帯等の適用の有無 |  無 ・ 有（□ひとり親世帯等　□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 | 性別 | 児童との続柄 | 勤務先又は学校名 | 勤務先の連絡先 |
| 児童の世帯員（申請子ども除く） |  | 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 |  |  |  |
|  | 年 　月 　日生 | 男・女 |  |  |  |
| 保護者個人番号(12ケタ) | 父 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 母 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 祖父 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 祖母 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 申請児童の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 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（子どもセンター　・　健康増進センター　・　児童相談所　・　その他）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　　　 　　） |

1. 保育の利用を必要とする理由等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □就労　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧□求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業　□その他具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病、介護の状況など）や、その他の内容を記入 |  |
| 母 | □就労　□妊娠・出産　□疾病・障害　□介護等　□災害復旧□求職活動　□就学　□虐待・ＤＶ　□育児休業　□その他具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病、介護の状況など）や、その他の内容を記入 |  |

1. 税情報等の提供に当たっての署名欄（同意書）

珠洲市が施設型給付費等の支給認定及び保育料の算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・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名

※珠洲市記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 認定の可否 | 認定区分等 |
| □可　　□否　（否とする理由） | □1号　□2号　□3号 （□標　□短） |