

様式第1号 令和8年度 教育・保育給付認定申請書兼現況届

(表面)

【 1 号 認 定 用 】

(宛先) 所沢市長

[年 月 日 申込み]

次のとおり、教育・保育給付に係る認定の申請(現況の届出)及び特定教育・保育施設等の利用の申込みをします。

現住所	フリガナ 保護者代表 氏名	在園施設名	①
R7.1.1現在の住所地 <input type="checkbox"/> 所沢市内 <input type="checkbox"/> 市外	R8.1.1現在の住所地 <input type="checkbox"/> 所沢市内 <input type="checkbox"/> 市外	電話	自宅 携帯(父) 携帯(母)
生活保護の該当 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

フリガナ 入所希望児童氏名	性別	生年月日	クラス年齢 <small>令和8年 4月1日現在</small>	世帯主 との続柄	利用を希望する期間	希望する施設(事業者)名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	満3歳・年少 年中・年長		年 月 日から <input type="checkbox"/> 卒園・卒室 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 市外園() 区・市・町・村)

認定証番号	※既に給付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 (いずれかに✓を付けてください。)	<input type="checkbox"/> あり (2号・3号)	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。)
	<input type="checkbox"/> なし (1号)	「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。)

※未記入の場合は認定開始日が遅れることがあります。

施設で収受した場合
⇒令和 年 月 日収受

「保育所等」とは保育園・認定こども園(保育部分)・地域型保育事業(事業所内保育事業の従業員枠を除く)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。

保育の必要な事由(保護者1人につき一か所に✓を付け、必要書類を添付してください。)

保護者(父)	<input type="checkbox"/> 労働 <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 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()
保護者(母)	<input type="checkbox"/> 労働 <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 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()
()	<input type="checkbox"/> 労働 <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 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()

主に希望する利用曜日及び利用時間

<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
時 分から 時 分までの 時間
※認定については各証明等から最終判断をします。
<input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間以下) <input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間以下)

児童の同居家族(全員)	続柄	氏名	生年月日	年齢 <small>令和8年 4月1日現在</small>	職業 (児童は学校名・園名等)	障害・療育手帳の有無	在学・園 クラス	未就学児童の状況 (該当する場合は✓)
保護者(母)	年 月 日							
本人	年 月 日							
()	年 月 日						<input type="checkbox"/> 同時申込 <input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 自宅	
()	年 月 日						<input type="checkbox"/> 同時申込 <input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 自宅	
()	年 月 日						<input type="checkbox"/> 同時申込 <input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 自宅	



児童の父又は母が同居していない場合、下欄該当箇所をご記入ください。

理由 別居 離婚 死別 未婚
 単身赴任 その他

発生日 年 月 日から

養育費 あり なし

児童扶養手当 あり なし 申請中

住所

氏名

※ 兄弟で同時に申込みをされる方は、次の希望する番号に✓をしてください。(各選択肢の詳細は、「令和8年度利用調整の考え方」をご確認ください)

<input type="checkbox"/> 1 同園優先	<input type="checkbox"/> 2 同月入園	<input type="checkbox"/> 3 同時同園
兄弟姉妹で同じ園への内定を優先するが、調整ができない場合は別々の園や1人のみ内定も可	兄弟姉妹が全員、同月に内定する場合のみ内定となる	兄弟姉妹が全員、同月かつ同じ園に内定する場合のみ内定となる

※裏面も記入してください。

(裏面)

●申込児童の状況等 (該当項目に✓、又は必要事項を記入してください。)

※申込児童の状況等については、ありのままの状況を記入し、必ず事前に、希望する全ての希望施設へ伝えてください。

特に健康・発達面で注意が必要な事項や、投薬・食物アレルギー等を全ての希望施設に伝えていない場合、内定した施設で対応ができず、入所ができない場合があります。

現在の状況 (日中の主な教育 保育場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先に同伴 <input type="checkbox"/> 一時保育・認可外施設 <input type="checkbox"/> その他市外保育施設等 ()	受診済みの健康診査	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 ()	出生時 体重 g	
健康診査時に保健師から 発達について指導が ありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	指導内容 ()	健康・発達面で 注意が必要な 事項 (投薬等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	具体的な内容 → 全ての希望 施設へ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 伝えている
食物アレルギー有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 離乳食開始前のため不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	入所できな かった 場合	<input type="checkbox"/> 育児を延長 <input type="checkbox"/> 一時保育、幼稚園を利用 <input type="checkbox"/> 職場託児所 <input type="checkbox"/> 祖父母に預ける <input type="checkbox"/> その他	
宗教等の理由により食べることができない食品 → ()	除去等が必要な場合、全ての希望施設へ内容を詳しく伝え、給食の対応が可能か確認している → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				

●世帯の状況 (該当項目に✓、又は必要事項を記入してください。)

勤務地 通勤手段	父 勤務地 市区町村	通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他	通勤時間(往復)	分
	母 勤務地 市区町村	通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他	通勤時間(往復)	分
出産の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (出産予定日 年 月 日)	出産後の予定	→ <input type="checkbox"/> 産休(育休)取得(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他		
転居の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 頃 都道府県 市区町村 へ)	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 左記以外		

担当グループ所見欄

●祖父母の状況 (年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。)

父方祖父 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
父方祖母 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
母方祖父 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
母方祖母 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()

- 「入園のしおり」及び「利用調整の考え方」の内容に同意し、また、希望する特定教育・保育施設等について見学等で保育内容等を確認し了承していること。
- 保育の必要性等を確認するため、市が保有する収納情報を確認すること、及び勤務先等へ勤務内容等を照会すること。
- 市が希望の特定教育・保育施設等へ世帯情報(住所、電話番号等)や申込児童の状況を情報提供すること。また、併願する幼稚園等からの申請の有無に関する照会に対し市が情報提供すること。
- 市が施設型給付・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(同一世帯の者の分を含む。)及び世帯情報を閲覧し、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。
- 4が確認できない場合は最高階層の保育料で算定すること。また、市町村民税の更正等により利用者負担額に変更が生じた場合でも、現年度内の利用者負担額に限り変更となること。
- 市が当該児童及びその世帯員の障害者手帳・特別児童扶養手当等の有無を確認すること。
- 市が児童扶養手当認定者・ひとり親家庭等医療費助成制度の対象者であるか確認すること。
- 4月入所は認定事務が集中し審査に時間を要するため、認定証の通知は12月中旬以降となること。
- 保育料を納期限内に納付すること。また、過誤納が発生した場合、未納付分に充当すること。
- 申請内容に変更があった場合は、入所前・入所後を問わず速やかに変更の内容を市へ届け出ること。

子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等への入所について、左記1から10の事項に同意の上、申請します。

(父) _____

(母) _____

様式第1号 令和8年度 教育・保育給付認定申請

記入例

(表面)

申請児童一人につき一枚記入してください

【定用】

(宛先) 所沢市長

次のとおり、教育・保育給付に係る認定の申請(現況)

市外にチェックがある場合
③税額等の証明書を
ご確認ください。

等の利用の申込みをします。

現住所	所沢市並木一丁目1番地	フリガナ	トコロザワ タロウ	保護者代表氏名	所沢 太郎	在園施設名	①
R7.1.1現在の住所地	<input type="checkbox"/> 所沢市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外	R8.1.1現在の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 所沢市内 <input type="checkbox"/> 市外	生活保護の該当	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自宅	××-××××-××××
						携帯(父)	××-××××-××××
						携帯(母)	××-××××-××××

フリガナ	性別	生年月日	クラス年齢	世帯主 との続柄	利用を希望する期間	希望する施設(事業者)名
入所希望児童氏名			令和7年 4月1日現在	令和	8年4月1日から	〇〇幼稚園
トコロザワ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男	令和 4年5月20日	満3歳・年少	子		
所沢 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 女		年中・年長			
					卒園・卒室	
					<input type="checkbox"/> 年 月 日 まで	
						<input type="checkbox"/> 市外園() <input checked="" type="checkbox"/> 区・市・町・村

認定証番号	※既に給付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 (いずれかに✓を付けてください。)	<input type="checkbox"/> あり (2号・3号) 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> なし (1号) 「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。)

※未記入の場合、定開始日が遅れることがあります。
利用している(予定の)施設を記入してください。
市外の園の場合はし、所在地を記入してください。
「保育所等」とは保育園・認定こども園(保育部分)・地域型保育事業(事業所内保育事業の従業員枠を除く)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。

保育の必要な事由(保護者) つき一か所に✓を付け、必要書類を添付してください。

保護者(父)	<input checked="" type="checkbox"/> 労働 「なし」に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()
保護者(母)	<input checked="" type="checkbox"/> 労働 <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 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()
()	<input type="checkbox"/> 労働 <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 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他 ()

主に希望する利用曜日及び利用時間

<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
時	分	から	時	分	までの	時間

※認定については各証明等から最終判断をします。 保育短時間(8時間以下) 保育標準時間(11時間以下)

児童の同居家族(全員)	続柄	氏名	生年月日	年齢 令和8年 4月1日現在	職業 (児童は学校名・園名等)	障害・療育手帳の有無	在学・園 クラス	未就学児童の状況 (該当する場合は✓)
保護者(父)		所沢 太郎	平成4年7月30日	33	会社員	無		
保護者(母)		所沢 花代	平成6年7月25日	31	パート	無		
本人		所沢 花子	令和4年5月20日	3		無		
(兄)		所沢 小太郎	令和2年8月10日	5	〇〇幼稚園	無		
(祖父)		所沢 一郎	昭和37年3月31日	64	無職	無		
()			年 月 日					

児童の父又は母が同居していない場合、下欄該当箇所をご記入ください。

理由 別居 離婚 死別 未婚
 単身赴任 その他

誕生日 年 月 日から

養育費 あり なし

児童扶養手当 あり なし 申請中

住所

※ 児童2人以上について申込みをされる方は、次の希望する番号に✓をしてください。(各選択肢の詳細は、「令和8年度利用調整の考

裏面に同意欄があります。

<input type="checkbox"/> 1 同園優先	<input type="checkbox"/> 2 同月入園	<input type="checkbox"/> 3 同時同園
兄弟姉妹で同じ園への入園を優先するが、調整ができない場合は別々の園や1人のみ入園も可	兄弟姉妹が全員、同月に内定する場合のみ内定となる	兄弟姉妹が全員、同月かつ同じ園に内定する場合のみ内定となる

※裏面も記入してください。

(裏面)

●申込児童の状況等 (該当項目に✓、又は必要事項を記入してください。)

※申込児童の状況等については、ありのままの状況を記入し、必ず事前に、希望する全ての希望施設へ伝えてください。

特に健康・発達面で注意が必要な事項や、投薬・食物アレルギー等を全ての希望施設に伝えていない場合、内定した施設で対応ができず、入所ができない場合があります。

現在の状況 (日中の主な教育 保育場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先に同伴 <input type="checkbox"/> 一時保育・認可外施設 <input type="checkbox"/> その他市外保育施設等 ()	受診済みの健康診査 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 ()	出生時 体重 g
健康診査時に保健師から 発達について指導が ありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	健康・発達面で 注意が必要な 事項 (投薬等)	出産週数: 在胎 週 日 → 全ての希望 施設へ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 伝えている
食物アレルギー有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 離乳食開始前のため不明 <input type="checkbox"/> その他 []	入所できな かった 場合	<input type="checkbox"/> 育児を延長 <input type="checkbox"/> 一時保育、幼稚園を利用 <input type="checkbox"/> 職場託児所 <input type="checkbox"/> 祖父母に預ける <input type="checkbox"/> その他
宗教等の理由により食べることができない食品 → []	除去等が必要な場合、全ての希望施設へ内容を詳しく伝え、給食の対応が可能か確認している → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		

●世帯の状況 (該当項目に✓、又は必要事項を記入してください。)

勤務地 通勤手段	父 勤務地 市区町村 通勤手段	母 勤務地 市区町村 通勤手段	通勤時間(往復) 分
出産の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (出産予定日 年 月 日)	出産後の予定 → <input type="checkbox"/> 産休(育休)取得(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他	
転居の予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月頃 都道府県 市区町村 へ)	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 左記以外

担当グループ所見欄

●祖父母の状況 (年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。)

父方祖父 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
父方祖母 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
母方祖父 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()
母方祖母 氏名	(歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	別 居 住 所 ()

- 「入園のしおり」及び「利用調整の考え方」の内容に同意し、また、希望する特定教育・保育施設等について見学等で保育内容等を確認し了承していること。
- 保育の必要性等を確認するため、市が保有する収納情報を確認すること、及び勤務先等へ勤務内容等を照会すること。
- 市が希望の特定教育・保育施設等へ世帯情報(住所、電話番号等)や申込児童の状況を情報提供すること。また、併願する幼稚園等からの申請の有無に関する照会に対し市が情報提供すること。
- 市が施設型給付・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(同一世帯の者の分を含む。)及び世帯情報を閲覧し、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。
- 4が確認できない場合は最高階層の保育料で算定すること。また、市町村民税の更正等により利用者負担額に変更が生じた場合でも、現年度内の利用者負担額に限り変更となること。
- 市が当該児童及びその世帯員の障害者手帳・特別児童扶養手当等の有無を確認すること。
- 市が児童扶養手当認定者・ひとり親家庭等医療費助成制度の対象者であるか確認すること。
- 4月入所は認定事務が集中し審査に時間を要するため、認定証の通知は12月中旬以降となること。
- 保育料を納期限内に納付すること。また、過誤納が発生した場合、未納付分に充当すること。
- 申請内容に変更があった場合は、入所前・入所後を問わず速やかに変更の内容を市へ届け出ること。

子ども・子育て支援法に基づく特定教育・保育施設等への入所について、左記1から10の事項に同意の上、申請します。

(父) **所沢 太郎**

(母) **所沢 花代**

父・母の署名をお願いします。