

様式第1号 令和4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。

在園施設名		①
-------	--	---

現住所	フリガナ	保護者代表氏名	電話	自宅	携帯(父)	携帯(母)
R3.1.1現在の住所地 <input type="checkbox"/> 所沢市内 <input type="checkbox"/> 市外	R4.1.1現在の住所地 <input type="checkbox"/> 所沢市内 <input type="checkbox"/> 市外	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	年齢 令和4年 4月1日現在	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			年 月 日から	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	第6希望	第7希望
					<input type="checkbox"/> 卒園・卒室 <input type="checkbox"/> 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園	<input type="checkbox"/> 市外園

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	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。)

第8希望以降(書ききれない場合は別紙をご用意ください)

「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。  
 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	個人番号 (マイナンバー12桁)	生年月日	年齢 令和4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)			<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 番号確認	年 月 日				
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

※ 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。

1 同園優先	2 同月入園	3 同時同園
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入園する月が同じであれば別々の園も可	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹共に同じ月に同じ園への入園のみ可

※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"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	出生時 体重
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	指導内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	健康・発達面で 注意が必要な 事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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 の有無	<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 ( ) <input type="checkbox"/> なし 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、給食の対応が可能が確認している → <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	入所できな かった 場合 <input type="checkbox"/> 育休を延長 <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	

●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4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」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。
- 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9の事項に同意の上、申請します。

(父) \_\_\_\_\_

(母) \_\_\_\_\_

様式第1号 令和4年度 教育・保育給付認定申請

記入例

(表面)

認定用

(宛先) 所沢市長

××年××月××日 申込

申請児童一人につき一枚記入してください(網掛け部分は記入不要)

①

次のとおり、教育・保育給付に係る認定の申請( )の利用の申込みをします。

現住所	所沢市並木一丁目1番	フリガナ	トコロザワ タロウ	保護者代表氏名	所沢 太郎	電話	携帯(父)	××-××××-××××	携帯(母)	××-××××-××××
R3.1.1現在の住所地	<input type="checkbox"/> 所沢市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外	R4.1.1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					

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。

フリガナ	性別	生年月日	年齢 令和4年 4月1日現在	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 4年4月1日から 卒園・卒室 まで	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望	第6希望	第7希望
トコロザワ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	平成 30年5月20日	3	子	<input checked="" type="checkbox"/> 卒園・卒室 <input type="checkbox"/> 年 月 日	〇〇 幼稚園						

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。

認定証番号	※既に給付認定を受けている場合	
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。)

「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1か所に✓を付け、必要書類を添付してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> なしに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 労働	<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	個人番号 (マイナンバー12桁)	生年月日	年齢 令和4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	△△△△△△△△	63年7月30日	33	会社員	無		
保護者(母)		所沢 花代	△△△△△△△△	2年7月25日	31	パート	無		
本人		所沢 花子	△△△△△△△△	1年5月20日	3		無		
(兄)		所沢 小太郎		28年8月10日	5		無		<input type="checkbox"/> 同時申込 <input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 自宅
(祖父)		所沢 一郎		22年3月31日	74	無職	無		<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	<input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他
発生日	年 月 日から	
養育費	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。

1 同園優先	2 同月入園	3 同時同園
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入園する月が同じであれば別々の園も可	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹共に同じ月に同じ園への入園のみ可

裏面に同意欄があります。

※裏面も記入してください。

