

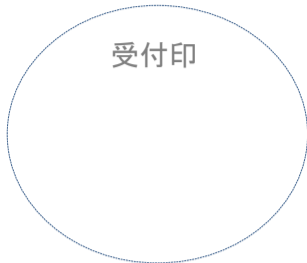
記入例①

教育・保育給付認定（現況届）申請書 兼 保育施設利用申込書 （施設型給付費・地域型給付費等）

 新規
 継続
 （〇〇保育 園）

令和 年 月 日

川島町長 あて



保護者住所
（申請者）

〒 350-0192

川島町大字下八ツ林870-1

フリガナ
保護者氏名
（申請者）

コソダテ ハナコ
子育 花子

電話番号
（連絡の取れる順）

- ① 090-XXXX-XXXX 父携帯・母携帯
自宅・その他（ ）
- ② 080-0000-0000 父携帯・母携帯
自宅・その他（ ）
- ③ 049-△△△-△△△△ 父携帯・母携帯
自宅・その他（ ）

次の通り施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定（現況届）申請を行い、保育の利用を申し込みます。

フリガナ	コソダテ	ノゾム	生年月日	性別	障害者手帳の有無	4月1日の年齢
申請児童名	子育 希望		平成 令和 ●年 ●月 ●日生	男 ● 女 ○	有 () 度/級 無 ○	●歳
住所 (申請者と異なる場合のみ記載)	令和5年1月1日現在の住所		□ 川島町 <input checked="" type="checkbox"/> 他 埼玉 都道府県		▲▲ 市町村	
	令和6年1月1日現在の住所(予定)		<input checked="" type="checkbox"/> 川島町 □ 他 都道府県		市町村	
保育の希望の有無(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 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"/> 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、 ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。					
利用を希望する期間	令和 ●●年 ●月 ●日から		<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
利用を希望する施設名	第1希望	さくら保育園	(希望理由)	通勤途中のため		
	第2希望	けやき保育園	(希望理由)	記入していない保育園については、空きがあってもご案内できない場合があります。 ※保育が必要な場合は、第2希望以上記入してください。		
	第3希望	認定こども園〇〇〇幼稚園	(希望理由)			
	第4希望	〇〇市 △△△認定こども園	(希望理由)			
二人以上の入園を希望される方	<input checked="" type="checkbox"/> 同時に同じ園のみ入園する <input type="checkbox"/> 同時であれば、別々の保育園でも入園する <input type="checkbox"/> 一人だけでも入園希望（入園できなかった児童の状況）預け先等：					該当の方は必ず記入してください。

①保育の利用を必要とする理由等（保育の希望の有無において）

保育の利用を必要とする理由	続柄	
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 □ 妊娠・出産
希望する利用時間	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 □ 妊娠・出産
	利用曜日	月曜日 から 金曜日まで
家庭の状況	□ ひとり親家庭 (□ 死亡 □ 離婚 □ 別居 □ 行方不明 □ 未婚 □ その他)	□ 単身赴任

②世帯の状況（世帯分離に関係なく、同一の家に住んでいる家族を記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名(学年)等	年齢	性別	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無
申請児童の世帯員	(フリガナ) コソダテ カズオ 子育 一男	父	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) ○○○○-○○○○-○○○○	会社員	●●歳	男・女	有・無
	(フリガナ) コソダテ ハナコ 子育 花子	母	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) △△△△-△△△△-△△△△	パート	○○歳	男・女	有・無
	(フリガナ) コソダテ イッセイ 子育 一星	兄	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) ◇◇◇◇-◇◇◇◇-◇◇◇◇	川島中学校		男・女	有・無
	(フリガナ) コソダテ ツキコ 子育 月子	姉	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) ◇◇◇◇-◇◇◇◇	川島小学校		男・女	有・無
	(フリガナ) ヒラヌマ カズオ 平沼 一男	祖父	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) ○○○○-○○○○				
	(フリガナ) ヒラヌマ セイコ 平沼 星子	祖母	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) △△△△-△△△△-△△△△	農業	○○歳	男・女	有・無
	(フリガナ) ヒラヌマ ユメジ 平沼 夢司	伯父	昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日生 個人番号(マイナンバー12桁) ◇◇◇◇-◇◇◇◇-◇◇◇◇	会社員	●●歳	男・女	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

学年・年齢は令和7年4月1日時点の学年と年齢をご記入ください。
(例) 申込時は小学6年だが、令和6年度は中学生になる場合は中学1年と記入。

③税情報等の提供に当たっての署名欄（自署の場合のみ押印省略できます）

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定、利用調整及び利用者負担等の決定のため必要な市町村民税の情報（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、特定教育・保育施設等に対して提示することに申請保護者及び同居親族等は同意します。

保護者氏名 **子育 花子** 印

④ 誓約書（自署の場合のみ押印省略できます）

誓 約 書

保育園に入園後は保育園の規則を守り、保育料は責任をもって期日までに納付することを誓約します。

令和 ●年 ●月 ●日

保護者署名 **子育 一男** 印

保護者署名 **子育 花子** 印

⑤ 保育料連帯保証書

保 育 料 連 帯 保 証 書

入園児童の保育料について、保護者が完納することを連帯して保証いたします。万一滞納した場合は、私が責任をもって納入いたします。

令和 ●年 ●月 ●日

住所 〒 -
(保証人) [Redacted]

氏名
(保証人) [Redacted]

電話番号 [Redacted]

※必ず保証人本人が記入してください

- 1 保育の実施を必要とする理由を証明する書類を添付してください。
- 2 きょうだい2人以上が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに申請書を提出してください。
- 3 この申請書又は証明する書類に虚偽等がある場合は、教育・保育給付認定並びに入所を保留又は解除する場合があります。
- 4 町が行う利用調整により、希望する保育所又は認定子ども園に入所できない場合がありますので、ご了承ください。

*施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

受付年月日	令和 年 月 日
施設（事業者）名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約（内定）の有無	<input type="checkbox"/> 有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ <input type="checkbox"/> 無
備考	

(裏面)

【 家 庭 状 況 等 調 査 票 】

記入例②

児童氏名	(フリガナ) コソダテ ハソミ 子育 希望	生年月日	●年 ●月 ●日(●歳)	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
------	--------------------------	------	---------------	---------------------------------------

○保護 該当する項目に や内容を記入してください。

就 労	雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業 (<input type="checkbox"/> 居室内 <input type="checkbox"/> 居室外)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業 (<input type="checkbox"/> 居室内 <input type="checkbox"/> 居室外)	
	仕事先の名称 (予定の場合も記入)	(株) ○○○○商店 電話 0 4 9 (1 2 3) 4 5 6 7 住所 ○○市△△町◇◇丁目◇番地	通勤手段が複数になる時は、主な手段を記入し、「○ ○他」としてください。	
	勤務数 勤務数は、週単位か月単位で囲んでください。	通勤手段 電車 他 ・通勤時間 45分		
	勤務時間・日数	9 時 00分 から 16 時 00分 週 ・ <input checked="" type="radio"/> 月 21 日	通勤手段 車 ・通勤時間 60分	求職活動で申込される方は、「求職活動状況等申告書」の提出が必要です。ハローワークの登録証のコピーや面接予定の企業のコ
	就労(予定)年月日	R 5 年 4 月 1 日から		
	求職中	【活動内容】		
就 学	学校名			
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
疾 病	病名			
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中	<input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (週・月 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養中	
障 害	障害名			
	手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (身体・精神・療育 級)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (身体・精神・療育 級)	
看 護 ・ 介 護	非看護・介護者	続柄()	続柄()	
	病名等			
	居室内	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 常時観察介護 <input type="checkbox"/> 要介護	
	居室外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()	
妊 娠 ・ 育 児 休 業	妊娠・出産 (申請時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (予定日 年 月 日)		
	産前・産後休暇	▲▲年 ▲月 ▲日 ~ ●●年 ●月 ●日	育児休業中の方は、必ず記入してください。	
	育児休暇	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input checked="" type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済 ●●年 ●月 ●日 ~ ▲▲年 ▲月 ▲日	<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済 年 月 日 ~ 年 月 日	

○祖父母の状況(別居・同居にかかわらずご記入ください)

	母方	父方	
祖 父	氏名	平沼 済行	
	生年月日	大正(昭和)・平成 △年 △月 △日(××歳)	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所	川島町大字△△870-1	
	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (会社員 1日(7)時間)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)
祖 母	氏名	平沼 星子	子育 信子
	生年月日	大正(昭和)・平成 ○年 ○月 ○日(○○歳)	大正(昭和)・平成 ▲年 ▲月 ▲日(▲▲歳)
	住所	川島町大字△△870-1	○○市○○町△丁目
	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (パート 1日(5)時間)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日()時間)

○児童の状況

現在の保育状況	1. 自宅で保育している	保育している人 / <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input checked="" type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()		
	2. 預けている	週 日 / <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 友人 同伴就労 <input type="checkbox"/> その他()		
	3. 保育施設・幼稚園等	<input checked="" type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定子ども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> その他 (施設名) △△△保育園 (所在地/市町村名) 川島町		
生育歴	出生時	身長 (<input type="text"/> cm)	体重 (<input type="text"/> kg)	
	現在の身長・体重	身長 (<input type="text"/> cm)	体重 (<input type="text"/> kg)	
	身体発達状況	<input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ややおそい <input type="checkbox"/> おそい 首のすわり (<input type="text"/> か月) 這う (<input type="text"/> か月) ひとり歩き (<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月)		
		<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input checked="" type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 卒乳 (<input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月) ・哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	食事状況	離乳食(開始:生後 <input type="text"/> か月) <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 / <input checked="" type="checkbox"/> 幼児食 ・食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手でつかんで食べる <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし		
		・おむつをしている <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夜間のみ ・排せつが <input type="checkbox"/> ひとりできる <input checked="" type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない (排せつを伝えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)		
	アレルギー	食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ()
		その他アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	<input checked="" type="checkbox"/> 花粉 <input checked="" type="checkbox"/> ダニ・ハウスダスト <input type="checkbox"/> その他 ()
		アナフィラキシー	これまでに症状がいつ頃から(原因)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (症状:) 年 月 頃から (原因:)
		給食での除去食の必要がありますか? <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (除去食名:)		
医療歴	ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (初回 <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月 / 発熱 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="text"/> °C) ・その後の回数 <input type="text"/> 回 / 状態		
	てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (初回 <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月 / 発熱 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある °C) ・服薬 <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (開始時期 <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月 ・ 1日 <input type="text"/> 回使用)		
	既往歴	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input checked="" type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼(部位) <input type="checkbox"/> その他()		
	① 今までに大きな病気、けがをしたことが (<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 疑いがある) 病名 (<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療の予定あり <input type="checkbox"/> 完治) ② 発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設がありますか。 (<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) 病名等 ○○○○○ 主治医指摘事項 定期受診で経過観察中 病院・施設の名称 ▲▲▲病院			
健康診断	4~5か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容:)	受診場所; 〇〇市)	
	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容:)	受診場所; 川島町)	
	2歳児健診	<input type="checkbox"/> 未受診 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容:)	受診場所; 川島町)	
	3歳児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 指導あり (内容:)	受診場所;)	
その他	延長保育	<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 朝延長のみ <input checked="" type="checkbox"/> 夕方延長のみ <input type="checkbox"/> 朝・夕方延長)		
	土曜保育	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する		

決定ではありません。
申請時点での希望を記入してください。

○特記事項(その他集団生活において気になること、心配なことがあります)