幼稚園・保育所利用申請書兼保育児童台帳

（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）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　川越町長　様

　次のとおり、幼稚園・保育所の利用及び施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請児童 | （ふりがな）氏　　名 | 生年月日※年齢は　　　年４月１日現在 | 性別 | 保護者との続柄 | 認定者番号※既に認定済みの場合 |
|  | 　　　　年　月　日生　（　　歳　　月） | 男・女 |  |  |
|  |
| 保護者 |  | 年　月　日生 | 電話（自宅） |  |
| （住所）川越町大字 | 電話（携帯）（緊急時） |  |
|  |
| 　　　年１月１日現在の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　川越町内　・　町外 |
| 保育の希望の有無 | 有 | 保護者の労働、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。） |
| 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。） |

①保育の利用を必要とする理由等　　※保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄 | 必要とする理由 | 備考 |
|  | □就労　□妊娠･出産　□疾病･障害　□介護・看護　□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、勤務時間、疾病の状況等）その他の内容を記入 |  |
|  | □就労　□妊娠･出産　□疾病･障害　□介護・看護　□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、勤務時間、疾病の状況等）その他の内容を記入 |  |

②児童の状況と就学前の兄弟の状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 児童の状況及び現況 | □アレルギー　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□身体・療育・精神障害者手帳　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□特別児童扶養手当対象児童　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□健診時の指摘事項　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □幼稚園・保育所　在籍中（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□家で保育（父、母、祖父、祖母、親族）、その他（　　　　　　　　　　　　　　　）□育児休業中（　　　　年　　　月　　　日まで） |
| 児童の兄弟姉妹（多胎児を含む。）の状況 | □幼稚園・保育所　在籍中・申請中（児童名：　　　　　　施設名：　　　　　　　　）□幼稚園・保育所　在籍中・申請中（児童名：　　　　　　施設名：　　　　　　　　）□幼稚園・保育所　在籍中・申請中（児童名：　　　　　　施設名：　　　　　　　　） |

③利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用を希望する期間 | 年　　月　　日から | 　　□　　　　　年　　月　　日まで　　□　小学校就学前まで |
| 利用を希望する施設（事業者）名 | 施設（事業者）名・希望理由 |
| 第１希望　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 第２希望　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 第３希望　　　　　　　　　　（希望理由） |
| 希望する利用時 | 利用曜日 | 利用時間 |
| 月・火・水・木・金・土 | 　　　　　時　　分から　　　時　　分まで |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

④世帯の状況（申請児童以外の世帯員をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭の状況 | 　　　　　　　　　　　□ひとり親家庭　・　□左記以外 |
| 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） |
| 区分 | （ふりがな）氏　　名 | 児童との続柄 | 生年月日 | 性別 | 勤務先又は学校名・学年等 | 障害者手帳等の有無（※） |
| 児童の世帯員（保護者含む。） |  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |
|  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |
|  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |
|  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |
|  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |
|  |  | 年　月　日生 | 男・女 |  | 有　　・　　無 |

　（※）障害者手帳等の有無欄で次に該当する方は「有」に、

　　　　　該当しない方は「無」に○印をお願いします。

　　　　　・身体障害者手帳の交付を受けている方

　　　　　・療育手帳の交付を受けている方

　　　　　・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方

　　　　　・特別児童扶養手当の支給対象となっている方

　　　　　・国民年金の障害基礎年金を受給されている方

⑤祖父母の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 同居・別居 | 氏名 | 年齢 | 住所（同居の場合は記入不要） | 職業 |
| 父方 | 祖父 | 同居・別居・その他 |  |  |  |  |
| 祖母 | 同居・別居・その他 |  |  |  |  |
| 母方 | 祖父 | 同居・別居・その他 |  |  |  |  |
| 祖母 | 同居・別居・その他 |  |  |  |  |

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄

　川越町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に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同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

＊町記載欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定の可否 | 認定者番号 | 認定区分等 |
| 　可・否　　（否とする理由）　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日認定 |  | １号・２号・３号（標・短） |
| 支給（利用）の可否 | 支給(利用)期間 |
| 　可・否　　（否とする理由） | 自　　　　年　月　日 |
| 至　　　　年　月　日 |
| 利用施設（事業者）名 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　幼稚園　・　　　　　　　　　保育所（園） |
| 備　　　考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）