

教育・保育給付認定申請書(兼)利用申込書

記入例

【2・3号認定用】

※消えるペンは無効

| | | |
|------|---|---|
| 同意事項 | 1 | 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者や同居親族の市区町村で保管する住民記録情報、税情報、認定、入所及び保育料決定に必要な情報について厚木市職員が照会すること |
| | 2 | 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者には、照会を行うこと |
| | 3 | 厚木市職員が、教育・保育給付認定審査のために、世帯の構成員の雇用主などの関係者に照会を行うこと |
| | 4 | 申請内容が事実と相違する場合は、照会・照会先からの照会結果を照会した旨を記載し、照会した旨を照会先へ送付すること |
| | 5 | 必要書類を期限内で提出すること |

教育・保育給付認定を受ける保護者

以上のことに同意し、申請します。

厚木市長宛

厚木市福祉事務所長宛

申請日：令和 5年 11月 1日

| | | | | | | | |
|------|------------------------------------|----|-----------------|----|----------|---|---|
| 住所 | 〒243-0000 厚木市 中町〇丁目〇〇番〇〇号 | | | | | 電話(自宅) | 046-0000-0000 |
| 保護者① | ふりがな 氏名(自署) あつぎ たろう 厚木 太郎 | 続柄 | 生年月日 〇・6・30 | 年齢 | 〇〇 | 障害者手帳等※2 | 就労・通学先・疾病等(外国籍の方は国籍名) ※障害者手帳等「有」の方は、 ①手帳等種類②発行官公署を記入してください。 |
| 保護者② | あつぎ あゆこ 厚木 鮎子 | 母 | S H R 〇・3・23 | 〇〇 | 〇有 〇無 | 会社員 ①身体障害者手帳 ②神奈川県 携帯 □□□-□□□□-□□□□ | |

※1 通知書等の認定保護者及び郵送先の宛名は、保護者①に記入した方となります。

※2 障害者手帳等欄は、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当、障害基礎年金を受けている場合に「有」。

| | | | | | | | |
|------|--------------------------------|----------|---------------|----|---|----------|-------------------------|
| 申請児童 | ふりがな 氏名 あつぎ あゆね 厚木 鮎音 | 性別 | 生年月日 〇・9・8 | 年齢 | 〇 | 障害者手帳等※2 | 保育の希望 |
| | | 〇男 〇女 | H R | | | 〇有 〇無 | 〇有(2号・3号認定) 〇無(1号認定) |

①保育の利用希望について

| | | |
|--------|---|--|
| 希望保育期間 | 令和 6年 4月 1日 ~ 年 月 末日まで (年度内・就学前) | 希望期間・希望時間については、入所決定施設との調整で、変更になる場合があります。 |
| 希望利用時間 | 平日：7時30分～18時30分 | |
| 保育の必要量 | 〇保育標準時間(最長11時間) 〇保育短時間(最長8時間) | |
| 希望施設 | 第1希望 〇〇〇園 | 見学状況 〇令和4年〇月〇日見学済(予定) 〇未見学 |
| | 第2, 3希望で入所が決まることもあります。通える・通いたい施設のみ記入してください。 | 第1希望が「認定子ども園」の場合は、直接、園に申込みしてください。 ※市外認定子ども園を希望する場合は、厚木市子ども育成課に申込み |

※入所決定後の転園は非常に厳しくなります。内定を辞退すると申請は取下げになり、再度申請ができません。

②世帯の状況(保護者と申請児童を除き、同居者(単身赴任等で別居している)を除く) 次の世帯の構成員は、同意事項について氏名の記入を署名と同意します。

| | | | | | | | |
|----------|--|----|-------------------|----|----------|----------------------------------|---|
| 世帯の構成員 | ふりがな 氏名 あつぎ いちろう 厚木 一郎 | 続柄 | 生年月日 〇・7・3 | 年齢 | 〇〇 | 障害者手帳等 | 就労・通学先・疾病等(外国籍の方は国籍名) ※障害者手帳等「有」の方は、 ①手帳等種類②発行官公署を記入してください。 |
| | あつぎ あゆみ 厚木 鮎子 | 姉 | T S H R 〇・8・6 | 〇〇 | 〇有 〇無 | 会社員 ①身体障害者手帳 ②神奈川県 | |
| | あつぎ おおき 厚木 大樹 | 祖父 | T S H R 〇・11・4 | 〇〇 | 〇有 〇無 | 〇〇小学校〇年生 | |
| | あつぎ はな 厚木 花子 | 祖母 | T S H R 〇・1・22 | 〇〇 | 〇有 〇無 | 会社員 | |
| | | | T S H R | | 〇有 〇無 | 単身赴任等で別居されている場合は、別居先住所を記入してください。 | |
| ひとり親世帯 | 〇離別 〇未婚 〇死別 〇離婚前提別居 〇調停中 〇拘禁 〇その他()事由発生 | | | | | | |
| 生活保護の状況 | 〇適用無 〇申請中 〇適用有(年 月 日保護開始)担当者() | | | | | | |
| 昨年1月1日住所 | 〇厚木市内 〇厚木市外(〇保護者① 〇保護者② 住所：〇〇県〇〇市〇〇丁目〇〇番〇〇号) | | | | | | |
| 今年1月1日住所 | 〇厚木市内 〇厚木市外(〇保護者① 〇保護者② 住所：) | | | | | | |

③別居の祖父母の状況

| | | | | | |
|----|----|--------|-------------|-----------|---------------|
| 祖父 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 傷病就労 | 連絡先 |
| 父方 | 祖父 | | | 有・無 有・無 | |
| | 祖母 | | | 有・無 有・無 | |
| 母方 | 祖父 | 飯山 龍之介 | 〇〇 〇〇市〇〇番〇号 | 有(無) 有(無) | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| | 祖母 | 飯山 さくら | 〇〇 同上 | 有(無) 有(無) | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |

④保護者の状況

| 保護者の状況 | | 保護者① | 保護者② |
|----------------------------|-------------------|--|---|
| 保育を希望する理由 | | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病又は障害 <input type="checkbox"/> 介護又は看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病又は障害 <input type="checkbox"/> 求職 <input type="checkbox"/> 就学 その他() |
| 就 労 | 勤務先等名 | 株式会社△△△△ | 株式会社▽▽▽▽◇ |
| | 就労時間 | 8時30分～17時30分 | 8時30分～17時15分 |
| | 就労日数・時間 | <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 週5日 / 1日あたり実働 8時間 分 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 不定期 週5日 / 1日あたり実働 7時間 45分 |
| | 通勤手段・時間 | 「育児休業」とは、法律(育児・介護休業法)に基づき取得する休業のことです。 「育児休暇」の要件では継続申請(入所)できません。 | <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 片道 時間 10分 |
| | 育児休業取得状況 | | 無 ・ 有 ・ 予定 (令和6年〇月〇日～令和7年〇月〇日) |
| 妊娠・ 出産 | 現在、 妊娠して 出産 | 現在、妊娠している、していないを「いいえ」、「はい」 でお答えください。「はい」の方で、多胎(双子以上) 妊娠の場合は、「多胎妊娠」にも <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 多胎妊娠(双子以上) |
| | 産後の予定 | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業取得 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 求職活動 | <input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" type="checkbox"/> 育児休業取得 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 求職活動 |
| 疾病 又は 障害 | 疾病・障害名 | 産後の予定は、保護者のどちらも <input checked="" type="checkbox"/> してください。 | 聴覚障害 |
| | 手帳の有無 | 無 ・ 有 (級・度) | 無 ・ 有 (3級・度) |
| | 受診等状況 | <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間 | <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通学(園)週 回 施設名 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間 |
| 介 護 又 は 看 護 | 介護を受ける方 | (児童との続柄:) | (児童との続柄:) |
| | 疾病・障害名 | 介護・看護は、同居親族者に限ります。 | |
| | 手帳の有無 | 無 ・ 有 (級・度) | 無 ・ 有 (級・度) |
| | 受診等状況 | <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通学(園)週 回 施設名 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間 | <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院中 (月・週 回) <input type="checkbox"/> 通学(園)週 回 施設名 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間 |
| 就 学 | 就学先名 | 就学とは、学校教育法に規定する学校、専修学校、各種学校その他これらに準ずる教育施設や職業能力開発促進法に規定する職業訓練等を受けていることです。 | |
| | 就学期間 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 就学日数・時間 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 週 日 / 1日あたり 時間 分 | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 週 日 / 1日あたり 時間 分 |
| | 通学手段・時間 | <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 片道 時間 分 | <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 片道 時間 分 |

⑤その他

| | |
|-----------------|---|
| 希望期間に入所できなかった場合 | <input type="checkbox"/> 申請を取り下げる(入園しない) <input checked="" type="checkbox"/> 1号認定で入園する |
|-----------------|---|