

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

(宛先) 湖西市長

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定を申請します。

また、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定や副食費免除の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）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等について、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 住所

(申請者) 氏名

TEL (父)

(母)

申請に係る	氏名	生年月日	個人番号
小学校就学前子ども	(ふりがな)	年 月 日	職権によるマイナンバー調査に同意します。□
保育の希望の有無(※)	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 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合		

※「有」の場合はすべての項目に、「無」の場合はこのページの項目のみに必要事項を記入してください。

①世帯の状況

	(ふりがな) 氏名	児童との続柄	生年月日	職業又は学校名等	個人番号
児童の世帯員		父	年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。□
		母	年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。□
			年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。□
			年 月 日		職権によるマイナンバー調査に同意します。□
令和6年1月1日の住所地	父:湖西市・他市町村() 母:湖西市・他市町村()		令和7年1月1日の住所地	父:湖西市・他市町村() 母:湖西市・他市町村()	
生活保護の状況	適用なし・適用あり(年 月 日保護開始)			□ひとり親家庭該当世帯	

②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 □ 小学校就学前まで □ 年 月 日 まで			
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望	見学□	第5希望	見学□
	第2希望	見学□	第6希望	見学□
	第3希望	見学□	第7希望	見学□
	第4希望	見学□	第8希望	見学□

※裏面もご記入ください

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の就労また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に記入してください。

続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	□就労 □求職活動 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □就学 □その他()	
	□就労 □求職活動 □妊娠・出産 □疾病・障害 □介護等 □災害復旧 □就学 □その他()	
希望する利用時間	利用曜日	利用時間
	曜日から 曜日まで	: から : まで
	保育認定時間の希望	
□保育標準時間(7時~18時) □保育短時間(8時30分~16時30分) ※保育認定時間以外(それぞれの認定時間の括弧内)で利用する場合、延長保育料が30分単位でかかります。料金は園によって異なりますので必ずご確認ください。		

出産予定日	出産を予定している場合は事由に関係なくご記入ください。 年 月 日
出産後の就労	□産後休暇後から仕事復帰する □育児休業を取得した後、仕事復帰する □仕事はしない

2 祖父母の状況

	父方		母方	
祖父	(フリガナ) 氏名	()歳	(フリガナ) 氏名	()歳
	住所	□同居 □同居予定(年 月頃) □別居(住所をお書きください。)	住所	□同居 □同居予定(年 月頃) □別居(住所をお書きください。)
祖母	(フリガナ) 氏名	()歳	(フリガナ) 氏名	()歳
	住所	□同居 □同居予定(年 月頃) □別居(住所をお書きください。)	住所	□同居 □同居予定(年 月頃) □別居(住所をお書きください。)

【市記載欄】

※職員確認欄

身元確認	免・旅・在留・個人番号カード・住基カード 国保・社保・後期・介護・年金 その他()
------	--------------------------------------------------

個人番号	個人番号カード・住民票の写し その他()
------	--------------------------

1 申込み児童の保育状況

★該当する箇所はすべてご記入ください。

現在の保育状況	①自宅で保育（□父 □母） ②育児休業中（□父 □母） 育休取得により一度認可保育園等を退園した場合は園名をお書きください。（ ）
	③同居の祖父母（□祖父 □祖母） ④親族（住所：..... 児童との続柄）⇒ 保育場所（□自宅 □相手先）
	⑤□幼稚園・こども園・保育園 ⑥□認可外保育施設 ⑦職場内託児所（□父 □母） ⑧□市外保育施設 ⑨□知人
	⑤～⑧に該当する方は施設名（.....）（□正規入園 □一時保育） ⑩□その他（.....）
⑪同伴就労（□父 □母） 危険物の取扱いの有無：□無 □有 有の場合⇒対象物 □大型機械 □劇薬 □火気 □刃物 □その他（.....）	
⑤～⑨に該当する方は、以下の内容について該当する箇所にご記入ください。	
期 間（.....年.....月頃から利用している） 利用頻度（月平均.....日利用）	

質問1 育児休業の延長を希望する方で利用調整点数を0点にする場合はチェックしてください。

利用調整基準点を0点とする。（すでにきょうだいが在園中の場合は対象外です。）

※チェックがある場合、優先順位を下げての選考となります。またこの取扱いは優先順位を下げるものであり、保留になることを確約するものではありません。

質問2 希望月に入園できなかった場合の保育について教えてください。

欠員ができ次第、入園を希望する。（育児休業の延長期間中も欠員ができ次第、入園を希望する。）→質問3へ

育児休業を延長し、延長期間の終了月に、入園を希望する。（育児休業を延長した期間は入園を希望しない。）→質問3へ

希望月以降は、入園を希望しない。（申請を取下げ）※支給認定証の返却及び取下げ書を提出していただきます。

質問3 入園が保留となった場合の保育状況について教えてください。

上記の「現在の保育状況」で示した状態を継続する。（具体的にお書きください。）

上記の「現在の保育状況」以外の保育を検討する。

2 申込み児童以外の小学校就学前のきょうだいについてお書きください。

氏名	生年月日	年	月	日
保護者が自宅で保育をする場合は、入園の申込みはできません。				
①□認定こども園（保育部）・保育所・小規模保育事業・事業所内保育事業を利用				
②□認定こども園（幼稚園部）・幼稚園 ③□認可外保育施設 ④職場内託児所（□父 □母） ⑤□市外保育施設				
①～⑤に該当の場合（施設名：.....）（□正規入園 □一時保育）				
⑥親族が保育を行う（同居・別居→住所：.....）（続柄：.....）				
⑦□知人 ⑧□その他（.....）				

氏名	生年月日	年	月	日
保護者が自宅で保育をする場合は、入園の申込みはできません。				
①□認定こども園（保育部）・保育所・小規模保育事業・事業所内保育事業を利用				
②□認定こども園（幼稚園部）・幼稚園 ③□認可外保育施設 ④職場内託児所（□父 □母） ⑤□市外保育施設				
①～⑤に該当の場合（施設名：.....）（□正規入園 □一時保育）				
⑥親族が保育を行う（同居・別居→住所：.....）（続柄：.....）				
⑦□知人 ⑧□その他（.....）				

【外国籍の方】 日本語の理解度について あてはまる番号に○を付けてください。	わからない → →									
	父	1	・	2	・	3	・	4	・	5
	母	1	・	2	・	3	・	4	・	5
	申請児童	1	・	2	・	3	・	4	・	5

3 申込み児童の健康状況

アレルギー等の有無	□無 □有⇒□気管支喘息 □アトピー性皮膚炎 □アレルギー性結膜炎 □春季カタル □アトピー性角結膜炎 □アレルギー性鼻炎 □アナフィラキシー □エピペン処方 □アレルギー【□花粉 □虫 □動物 □ハウスダスト □食物 □その他（.....）】
食物アレルギー等による食事制限	□不明 □無 □有⇒ □鶏卵 □牛乳・乳製品 □小麦 □蕎麦 □ピーナッツ □大豆 □ごま □ナッツ類 □甲殻類 □魚類 □軟体類・貝類 □魚卵 □肉類 □果物類 □その他（.....）
持病の有無	□無 □有 有の場合は病名をお書きください。病名.....
通院の有無	□無 □有 ⇒□週.....日 □月.....日 □年.....回 診断内容（病名等）.....
入院歴の有無	□無 □有⇒平成・令和.....年.....月頃 ～平成・令和.....年.....月頃 診断内容（病名等）.....
医療的ケアの有無	□無 □以前あり（.....年.....月頃まで 内容：.....） □有⇒【医療的ケアの内容】（.....）内は該当に○を付けてください □経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） 頻度：..... □吸引（口腔・鼻腔・気管切開部） 頻度：..... □インスリン注射・血糖値測定 □その他（具体的に：.....） 頻度：..... かかりつけ医：..... 病院..... 科 主治医..... ※医療的ケアが必要な場合には、申請書の提出前に必ず幼児教育課へご連絡ください。
処方薬	□無 □有⇒与薬：□経口 □注入 □坐薬 □その他（.....） 服薬時間：□朝 □昼 □夕 □その他（.....）
子育てで心配していること困っていること	□無 □有⇒内容：..... （例：よく泣く・偏食が多い・かんしゃくを起こす・落ち着きがない・言葉が遅い・視線が合わない） 相談先機関：.....
療育機関への通所の有無	□無 □有⇒療育機関：..... 通所頻度：□月.....日 □週.....日
相談支援事業所の利用の有無	□無 □有⇒事業所名：.....
障害者手帳や手当等の受給状況	□無 □身体障害者手帳（.....）級 □精神障害者保健福祉手帳（.....）級 □療育手帳（A・B） □特別児童扶養手当（.....）級 □自立支援医療（育成医療） □重度心身障害者医療助成 □小児慢性特定疾病医療助成
乳幼児健診・予防接種の状況	4か月健診（□受診 □未受診） 10か月健診（□受診 □未受診） 1歳6か月健診（□受診 □未受診） 3歳児健診（□受診 □未受診） ※未受診の理由→□年齢未達・□その他（.....） 健診時の指摘事項 □無 □有（.....）
	予防接種 □定期的に受けている □あまり受けていない 出生時の体重グラム
集団保育にあたり配慮が必要なこと	