

5

[]

管外

受付印			
確認事項	住	税	/

教育・保育給付認定申請書兼保育所等利用申込書

四街道市長 あて

保護者	氏名			
	住所	〒284- 四街道市		
	緊急連絡先	①	-	②

父携帯・母携帯・父職場・母職場・祖父・祖母・他()

※主な連絡先から順番に記入してください。

令和4年1月1日時点の住民票地	四街道市・その他(対象者:)	市区町村名: ()
令和5年1月1日時点の住民票地	四街道市・その他(対象者:)	市区町村名: ()

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る給付認定を申請します。また、施設(事業)の利用について、四街道市保育所等における保育に関する規則により次のとおり申し込みます。児童の入所決定にあたって四街道市が保有する個人情報を調査・確認すること及び申請書一式の複写を入所決定施設等へ児童の情報として提供することに同意します。

申込児童	ふりがな 氏名	生年月日(令和5年4月1日時点の年齢)	性別
		平成 令和 年 月 日(歳)	男・女

入所希望順位	希望施設名					
	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希望以降がある場合は、別紙様式に記載してください。→ <input type="checkbox"/> 第7希望以降有						
保育所等における保育を希望する期間		令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで(要毎年度申し込み) <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
希望保育利用時間		*入所事由、就労状況等によっては標準時間認定を希望している場合でも、短時間認定となる場合があります。 <input type="checkbox"/> 保育標準時間(1日最大11時間利用) <input type="checkbox"/> 保育短時間(1日最大8時間利用)				

【市記載欄】

入所申込の承諾	入所事由			保育所等における保育を行う期間		
	就労	就労予定	疾病	令和 年 月 日 から		
	学生	求職		令和 年 月 日 まで		
	妊娠出産	育休中		入所施設名		
介護等			その他()			
承諾日						
令和 年 月 日						

■裏面へ続く

①保護者および同居者の状況

家族構成 ※申込児童除く保護者および同居の方を記入	ふりがな氏名	申込児童との続柄	生年月日	年齢(R5.4.1)	性別	職業、学校名等	同別居	備考
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
			S・H・R 年 月 日		男・女		同・別	
ひとり親世帯			<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当（離婚調停中）	<input type="checkbox"/> 該当			
生活保護の適用			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日保護開始）				
申込児童・保護者・同居者の障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の有無			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（該当者氏名： ）				

祖父母	氏名		職業など	住所	
	父方	祖父			
		祖母			
	母方	祖父			
祖母					

②保育の利用を必要とする理由

父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 下の子の育児休業	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他（	<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
母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 下の子の育児休業	<input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧	<input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他（

③個人情報等の提供にあたっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定に必要な市民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき利用者負担額を決定することに同意します。特定教育・保育施設等が利用者負担額を徴収する場合は、利用者負担額を提示することに同意します。（※認可保育所は市の直接徴収となります）※同居の18歳以上の方全員の署名

氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____
 氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____

※同意の署名または市（区町村）民税の税額を確認できる書類の提出がない場合は、保育料の算定ができないため最高額での徴収となります

④保護者通勤時間

父	第一希望の保育所等から勤務先までの	所要時間	時間 分
		交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）
母	第一希望の保育所等から勤務先までの	所要時間	時間 分
		交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）