



③ 児童の保育状況・きょうだいの入園状況・世帯の状況について

入園を希望する児童	現在の保育状況 ※該当するものに○	1. 自宅にて保護者が保育している、または親族・知人等に預けている ) 2. 保育所、幼稚園、認定こども園等に通園している（施設名： ) 3. 保護者の職場に連れて行く、または職場内の託児施設（施設名： ) 4. その他 ( )		
	健康状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 病気・障がい等（名称等：		
	障害者手帳・療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（手帳のコピーをご提出ください。）		
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（種類：		
	お薬服用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬名： 、 服用時間： 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 寝る前 ）		
	連絡事項	（園に連絡しておきたいこと等がございましたら、ご記入ください。）		
きょうだい	入園状況	氏名： [ 兄・姉・弟・妹 ]	園名：	幼稚園・保育園
		氏名： [ 兄・姉・弟・妹 ]	園名：	幼稚園・保育園
		氏名： [ 兄・姉・弟・妹 ]	園名：	幼稚園・保育園
世帯	生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり（          年          月          日保護開始）		
	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（離婚・離婚調停中・未婚・死別・拘禁・その他）		

----- 以下は記入しないでください。 -----

\*施設（事業者）記載欄

受付年月日	令和          年          月          日	施設 受付印	
施設名	(事業所番号：          )		
入園契約の有無	あり（令和          年          月          日から入園予定） ・ なし		
備考			
担当者/連絡先	担当者氏名：          /連絡先：		

\*市記載欄

認定	可否	否（理由：          )	認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号（ <input type="checkbox"/> 標準 ・ <input type="checkbox"/> 短時間 ） <input type="checkbox"/> 3号（ <input type="checkbox"/> 標準 ・ <input type="checkbox"/> 短時間 ）				
	番号	可（令和          年          月          日認定）						
支給（入所）	可否	否（理由：          )	利用期間	自：令和          年          月          日 至：令和          年          月          日				
		可（令和          年          月          日認定） [ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]						
備考			利用調整	父指数	母指数	調整指数	指数計	優先
			入力	認定入力	入園入力	ひとり親	在宅障害	きょうだい
			保育料					

## 1号認定用

(施設型給付費・地域型保育給付費等)  
教育・保育給付認定・利用申請書

受付印

No.	
施設名	
クラス	

{ 認定こども園/幼稚園 }

## 記載例

※太枠内にご記入ください。字は楷書で、はっきりと記入してください。  
※鉛筆や消えやすいペンは使わず、黒のボールペンで記入してください。  
※記入した内容を変更する場合は、訂正個所に二重線を入れ、訂正印を押印し、余白に正しい内容を記入してください。

稲敷市教育委員会教育長 様

## ① お申込みに関する重要事項の確認および個人情報等の提供に当たっての署名欄

私は以下のことに同意し、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定および特定教育・保育施設等の利用を申請します。

- 市が、施設型給付費・地域型保育給付費の教育・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、個人番号（マイナンバー）を利用すること。  
また、申請書等に記載した事項及び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・保育施設に対して提示します。
- お子さんの健康状況等について、関係課に照会します。
- 申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあります。

保護者 稲敷 太郎

印

申請者 (保護者)	氏名	稲敷 太郎	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *	本人確認
	住所	〒300-0595 稲敷市犬塚1570-1	自宅電話	029 - 892 - 2000	
電話①	090 - 1234 - 5678	電話②	090 - 9876 - 5432		

上記の申請および個人番号の提供について、以下の者に委任します。（※上記の申請者以外の方が提出する際には、以下の欄をご記入ください。）

本人確認

受任者 (提出者)	氏名	稲敷 花子	申請者との関係	妻・夫・他( )	
	住所	〒300-0595 稲敷市犬塚1570-1	※受任者（提出者）の顔写真付き身分証明証をお持ちください。		

## ② 利用を希望する児童と世帯員について

入園希望児童	氏名	いなしき じろう	生年月日	平成30年4月2日	性別	男・女	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *
	稲敷 二郎	令和						

利用を希望する施設名と希望理由	施設名	認定こども園えどさき	希望理由	※通園区域外在住者のみ

利用希望期間/預かり	令和6年4月1日 から	□ 令和 年 月 日まで	預かり保育の希望	あり・なし
		☑ 小学校就学前まで		

入園児童の父母・兄弟姉妹・同敷地内に居住する親族	ふりがな	入園児童との続柄	性別	生年月日	職業等	障害者手帳等 ※コピーを添付	個人番号 12桁 ※父母以外の者が家計の主宰者となる場合等
	氏名						
	いなしき 太郎	父	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	会社員	有 無	
	いなしき 花子	母	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	パート	有 無	
	いなしき 一郎	兄	男・女	平成〇〇年〇月〇日	園児	有 無	
	いなしき しょういち	祖父	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	自営業	有 無	
	いなしき さちこ	祖母	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	無職	有 無	
			男・女	年 月 日		有・無	

