

受付印

No.	
施設名	
クラス	

(認定こども園/保育所/家庭的保育)

稲敷市教育委員会教育長 様

※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。

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。

1. 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。
2. お子さんの健康状況等について、関係課に照会します。
3. 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

申請者 (保護者)	氏名	⑩	個人番号															本人確認
	住所	〒 稲敷市			自宅電話	— —												
電話①	— — (父・母・祖父・祖母)			電話②	— — (父・母・祖父・祖母)													
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	⑩			申請者との関係	妻・夫・他（ ）												
	住所	〒 稲敷市			※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。													

[illegible]

③ 児童の保育状況と世帯の状況		
入園を希望する児童の状況	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	☐ 良好 ☐ 病気・障がい等（名称等： ）
	障害者手帳・療育手帳の有無	☐ なし ☐ あり（手帳のコピーをご提出ください。）
	アレルギーの有無	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（種類： ）
	お薬服用の有無	☐ なし ☐ 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。）
世帯状況	生活保護の適用	☐ 適用なし ☐ 適用（ 年 月 日保護開始 ）
	ひとり親家庭	☐ 非該当 ☐ 該当（ 離婚 ・ 離婚調停中 ・ 未婚 ・ 死別 ・ 拘禁 ・ その他 ）

④ 利用を希望する曜日・時間		
利用希望日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土	
利用希望時間	午前 時 分 ～ 午後 時 分まで	☐ 保育標準時間認定を希望します。 ↓ (保育標準時間認定を希望する理由) _____ _____ _____ _____
	◆ 保護者の就労を理由として入園をお申込みの方へ ・ ひと月の就労時間が120時間未満の場合は、原則として「保育短時間認定（1日最大8時間の利用）」となります。 ・ ひと月の就労時間が120時間未満の方で、就労時間がシフト制であること等により、標準時間認定（1日最長11時間の利用）を希望される場合には、右にチェック（ ☒ ）し、その理由をご記入ください。	

----- 以下は記入しないでください。 -----

*市記載欄										
認定	可否	否（理由： ） 可（令和 年 月 日認定）			認定区分等	☐ 1号 ☐ 2号（ ☐ 標準 ・ ☐ 短時間 ） ☐ 3号（ ☐ 標準 ・ ☐ 短時間 ）				
	番号									
支給 （入所）	可否	否（理由： ） 可（令和 年 月 日認定） [☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型]			利用期間	自： 令和 年 月 日 至： 令和 年 月 日				
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					

2号・3号認定用

No.	
施設名	
クラス	

（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

（ 認定こども園/保育所/家庭的保育 ）

記載例

受付印

※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。

1. 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。
2. お子さんの健康状況等について、関係課に照会します。
3. 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	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		（父・母・祖父・祖母）	電話②	090 - 9876 - 5432		（父・母・祖父・祖母）									

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。）

（提出者） 受任者	氏名	稲敷 花子	申請者との関係	妻・夫・他（ ）	本人確認
	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	生年月日	性別	個人番号											
	（ふりがな）いなしき じろう 稲敷 二郎	令和 4 年 4 月 2 日	男・女	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
利用を希望する施設名	第一希望	第二希望	第三希望												
	認定こども園えどさき	桜川こども園													
利用希望期間	令和 8 年 4 月 1 日 から { ☐ 令和 年 月 日まで ☒ 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 氏名	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								
	いなしき だろう 稲敷 太郎	父	男・女	平成〇〇年〇月〇日	会社員	有・無									
	いなしき はなこ 稲敷 花子	母	男・女	平成〇〇年〇月〇日	パート	有・無									
	いなしき いちろう 稲敷 一郎	兄	男・女	令和〇〇年〇月〇日	園児	有・無									
	いなしき しょういち 稲敷 正一	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 稲敷 幸子	祖母	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	無職	有・無									
			男・女	年 月 日		有・無									
			男・女	年 月 日		有・無									

③ 児童の保育状況と世帯の状況		
入園を希望する児童の状況	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	☒ 良好 ☐ 病気・障がい等（名称等： ）
	障害者手帳・療育手帳の有無	☒ なし ☐ あり（手帳のコピーをご提出ください。）
	アレルギーの有無	☐ なし ☐ 不明 ☒ あり（種類： たまご ）
	お薬服用の有無	☒ なし ☐ 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。）
世帯状況	生活保護の適用	☒ 適用なし ☐ 適用（ 年 月 日保護開始 ）
	ひとり親家庭	☒ 非該当 ☐ 該当（ 離婚 ・ 離婚調停中 ・ 未婚 ・ 死別 ・ 拘禁 ・ その他 ）

④ 利用を希望する曜日・時間	
利用希望日	☒ 月 ☒ 火 ☒ 水 ☒ 木 ☒ 金 ☐ 土
利用希望時間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 00 分まで ◆ 保護者の就労を理由として入園をお申込みの方へ ・ ひと月の就労時間が120時間未満の場合は、原則として「保育短時間認定（1日最大8時間の利用）」となります。 ・ ひと月の就労時間が120時間未満の方で、就労時間がシフト制であること等により、標準時間認定（1日最長11時間の利用）を希望される場合には、右にチェック（ ☒ ）し、その理由をご記入ください。
	☐ 保育標準時間認定を希望します。 ↓ （保育標準時間認定を希望する理由） _____ _____ _____ _____

----- 以下は記入しないでください。 -----

※記入不要
市役所使用欄