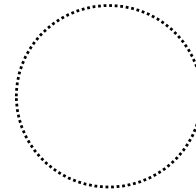


宇多津町教育・保育給付 支給認定申請書 兼 現況届
兼 保育施設等入所申込書

記入日 令和 年 月 日

宇多津町長 殿

施設型給付費・地域型保育等支給認定（「保育の必要性」の認定）申請及び下記施設入所を次のとおり申請します。なお、保育料及び副食費算定における所得階層の判定にあたり、当方世帯員の個人番号（マイナンバー）による関係機関への地方税情報を照会することについて承諾し、認定及び施設入所の事務に必要な住民登録及び市町村民税の情報の調査や閲覧をすること、またそれらに基づき決定した利用者負担額（保育料等）を施設に提示することを承諾します。



1. 氏名等 申込ガイドや記入例をご参照のうえ、下記に必要事項をご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日	新規・継続区分		
申請（入所）児童氏名		男・女	平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 現況届（継続申込）		
ふりがな		続柄	※該当の□にレ印 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 上記以外 ()	連絡先	自宅 <input type="checkbox"/>	
保護者氏名					携帯 <input type="checkbox"/>	
保護者住所	〒 宇多津町 番地 (マンション・アパート名)	前住所	※直近1月1日時点の住所が現住所と異なる又は転入予定の場合に記入 より、令和 年 月 日に転入しました（予定です）			
入所希望施設名	第一希望 幼稚園・保育所（園）・認定こども園 第二希望 幼稚園・保育所（園）・認定こども園	<input type="checkbox"/> 希望の施設が利用不可の場合、その他の施設利用を希望しない。 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹で同じ保育施設が利用できない場合は兄弟姉妹異なる施設でも可。				
利用希望の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					
（同居または別居でも生計が一方） 家族構成・世帯員	氏名	続柄	生年月日	勤務先、通園通学先等	備考	個人番号 ※現況届（継続申込）は不要
		申請児童本人		申請児童の現状 <input type="checkbox"/> 自宅で保育中 <input type="checkbox"/> 自宅外で保育→備考に預け先記入→		
		父	昭平			
		母	昭平			
			昭平 令	※4月1日入所時に学生である場合は、学校名を記入		
			昭平 令	※4月1日入所時に学生である場合は、学校名を記入		
			昭平 令			
生活保護の適用状況	<input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日から適用）		同一世帯で障がい者手帳取得の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ひとり親医療証の取得	<input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日から適用）		↳ 該当者氏名： (年 月 日から適用)			
保育の希望（申請区分） ①②のどちらか□にレ印	<input type="checkbox"/> ①幼稚園または、認定こども園の教育時間（1号認定）		→①の申請は、2. の記入不要			
	<input type="checkbox"/> ②保育所（園）または、認定こども園の保育時間（2号、3号認定）		→次の2. に進んで下さい			

2. 保育が必要な理由等

続柄	児童の保育を希望する理由（保護者、家庭の状況）	
父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休復帰予定（R 年 月 日～） <input type="checkbox"/> 疾病（治療、入院等の見込期間 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 介護・看護等（介（看）護を受ける人の続柄_____と見込期間 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> その他、具体的にお書き下さい。（ ）	
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育休復帰予定（R 年 月 日～） <input type="checkbox"/> 出産（予定）（R 年 月 日） <input type="checkbox"/> 疾病（治療、入院等の見込期間 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 介護・看護等（介（看）護を受ける人の続柄_____と見込期間 月 日～ 月 日） <input type="checkbox"/> その他、具体的にお書き下さい。（ ）	
希望する保育の必要量について確認します。		保育を希望する曜日に○及び時間帯をご記入ください。
<input type="checkbox"/> 保育標準時間（11時間まで） <input type="checkbox"/> 保育短時間（8時間まで）		月・火・水・木・金・土（ 時 分～ 時 分まで）

※町記入 教・標・短（学年齢 歳児） PC入力 Ad II入力 一覧入力 送付処理 その他（ ）
本人確認欄 免許証・マイナンバーカード・その他（ ） 保育時間変更のための届けを提出済みである（ 月から変更予定）