

令和 年 月 日

市記入欄

(あて先) 枚方市長

| | | | |
|-----------|-----|---|---|
| 本申請を行う保護者 | 現住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | 氏名 | _____ (印) | |
| | 電話 | 自宅 | — — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (運送の優先順位) |
| | | 携帯(父) | — — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | 携帯(母) | — — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

| | |
|--------------------------------|--|
| 受付 | |
| 認定の可否: 可 ・ 否 | |
| 理由: 1号・2号・3号 | |
| 時間(移動込): _____ ~ _____ | |
| 標準・短時間(国標・国短) | |
| 認定期間始期: 年 月 日 | |
| 認定期間終期: 年 月 日 | |
| 階層・利用料: _____ 円 | |
| 認定証番号: _____ | |
| 認定日: 年 月 日 | |
| 園担当確認 <input type="checkbox"/> | |

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。
本支給認定に係る利用者負担額は、私が支払います。また、市が決定した利用者負担額・支給認定の内容を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

① 申請の対象となる児童、保育の希望等

| | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|-----|
| 申請の対象となる児童 | (フリガナ) 氏名 | フリガナ | 個人番号 生年月日 | 性別 |
| | | | 平・令 年 月 日 | 男・女 |
| 保育の希望の有無 (希望するものを選択してください。) ※保育の希望が「なし」で3歳以上の子どもは「1号」、保育の希望が「あり」で3歳以上の子どもは「2号」、3歳未満の子どもは「3号」の認定となります。 | <input type="checkbox"/> 保育の希望なし(1号) | | <input type="checkbox"/> 保育の希望あり(2号及び3号) | |
| | 入園時の子どもの年齢が 3歳以上 で 認定こども園・幼稚園での 教育 を希望 | | 入園時の子どもの年齢が 0歳以上 で 認定こども園・保育所等での 保育 を希望 | |
| | 1号と2号の併願希望 (例. 3歳以上で幼稚園と保育所の両方を希望される場合等) | <input type="checkbox"/> 希望なし | <input type="checkbox"/> 希望あり (併願希望の認定こども園・幼稚園等の名称) | |
| 利用を希望する期間 | 令和 年 月 日 から | 小学校就学 まで | 令和 年 月 日 まで | |

② 世帯の状況(兼 税情報等の提供に係る署名)

父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母等、同じ住所に住んでいる人全員について記入してください(対象児童を除く)。

| (フリガナ) 氏名 | 対象児童との続柄 | 個人番号 生年月日 | 性別 | 職業(会社名) 又は学校名等 |
|-----------|----------|-------------|-----|----------------|
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| フリガナ | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |

支給認定や利用者負担額の決定等に係る事務を行うため、担当職員が公簿等により市民税情報及び世帯情報を閲覧することを承諾した上で押印します。

| | |
|-----------|--|
| ひとり親世帯の該当 | なし ・ あり(離婚・死別・離婚調停中・DV ・その他()) |
| 児童扶養手当受給 | なし ・ あり ・ 手続中 |
| 生活保護適用 | なし ・ あり(年 月 日保護開始 ※生活保護受給証明書を添付) ・手続中 |

| | | |
|--------------------------------------|---------------|---------|
| 今年1月1日に住民票があった自治体 | 枚方市 / 都・道・府・県 | 市・区・町・村 |
| 昨年1月1日に住民票があった自治体 (今年と同じであれば記入不要) | 枚方市 / 都・道・府・県 | 市・区・町・村 |

※ 裏面へ続く(保育の希望の有無)欄で「保育の希望あり」を選択した方のみ)

※ 以下は、「保育の希望の有無」欄で「保育の希望あり」を選択した方のみ記入してください。

③現在の保育の状況

| | |
|----------|--|
| 現在の保育の状況 | 自宅で保育中・一時預かり・認可外施設(企業主導型含む)利用中(施設名) 育児休業中・日中祖父母宅で保育・その他() |
|----------|--|

④保育の利用を希望する時間・曜日

| | | |
|--------|------------------------------------|----------------------|
| 希望する時間 | 時 分 ~ 時 分 | (補足事項等があれば記入してください。) |
| 希望する曜日 | (希望する曜日を○で囲んでください。) 月・火・水・木・金・土 | |

⑤保育を必要とする事由(太枠内のみ記入してください。)

| 保育を必要とする事由 | 市 記 入 欄 | | | | 提出が 必要な書類 | |
|--|------------|---|--------------------------------|---|---|--|
| | 児童との続柄 | | () の状況 | () の状況 | | |
| | 父 | 母 | | | | |
| あてはまるもの全てに○をつけて、該当する以下の全ての項目に記入してください。 | 労働 | | | 形態：常勤・パート・内職(月収約 万円)・自営 その他 () 勤務時間：1日()時間、月()時間 施設から勤務先までの往復時間 ()時間 課税：源泉・確定申告・市民税申告・無申告・他 | 形態：常勤・パート・内職(月収約 万円)・自営 その他 () 勤務時間：1日()時間、月()時間 施設から勤務先までの往復時間 ()時間 課税：源泉・確定申告・市民税申告・無申告・他 | <input type="checkbox"/> 労働申告書 <input type="checkbox"/> 通勤(通学)時間申告書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 育休 | | | 産休期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 育休期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 職場復帰日： 年 月 日 ※育休を事由とした新規入所は不可 | 産休期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 育休期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 職場復帰日： 年 月 日 ※育休を事由とした新規入所は不可 | <input type="checkbox"/> 産休・育休取得申告書 <input type="checkbox"/> 育児休業に伴う入所継続申立書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 出産 | | | 出産予定日： 年 月 日 (出産日： 年 月 日) | 出産予定日： 年 月 日 (出産日： 年 月 日) | <input type="checkbox"/> 母子手帳写し(氏名・予定日) <input type="checkbox"/> その他 |
| | 保護者の疾病・負傷 | | | 傷病名： 病院名： 通院中・入院中・入院予定 上記期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 | 傷病名： 病院名： 通院中・入院中・入院予定 上記期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 保護者の障害 | | | 障害名： 手帳：無・有(身障・療育・精神、級種) | 障害名： 手帳：無・有(身障・療育・精神、級種) | <input type="checkbox"/> 手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 |
| | 同居親族の介護・看護 | | | 対象者氏名(同居親族のみ)： 介護・看護の開始： 年 月から 病名： 介護認定証：無・有(要介護度 3・4・5) 療養場所：自宅・その他() 介護の頻度：週 日間： ~ : 手帳：無・有(身障・療育・精神、級種) | 対象者氏名(同居親族のみ)： 介護・看護の開始： 年 月から 病名： 介護認定証：無・有(要介護度 3・4・5) 療養場所：自宅・その他() 介護の頻度：週 日間： ~ : 手帳：無・有(身障・療育・精神、級種) | <input type="checkbox"/> 常時介護が必要である旨の記載がある診断書 <input type="checkbox"/> 手帳の写し(身障1~3級1種、精神障害手帳1級、療育手帳A(18歳未満AかB)) <input type="checkbox"/> 要介護度3以上の介護認定証 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 求職 | | | 就職希望日： 年 月 日 ハローワークへの相談：あり・なし その他 () | 就職希望日： 年 月 日 ハローワークへの相談：あり・なし その他 () | <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証、求職カード <input type="checkbox"/> 求職活動申立書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 就学 | | | 学校名： 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 週 日間 受講時間： ~ : | 学校名： 期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 週 日間 受講時間： ~ : | <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 時間割やカリキュラム表など <input type="checkbox"/> 通勤(通学)時間申告書 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 災害 | | | 内容：震災・風水害・火災・その他() 発生日： 年 月 日 復旧予定日： 年 月 日 予定 | 内容：震災・風水害・火災・その他() 発生日： 年 月 日 復旧予定日： 年 月 日 予定 | <input type="checkbox"/> 罹災証明 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 虐待DV | | | 家庭児童相談所や警察等の公的機関への相談内容 | | <input type="checkbox"/> 公的機関が発行した証明書 <input type="checkbox"/> その他 |
| その他 | | | 具体的な状況： (別居親族の看護・介護の場合) | 介護対象者の氏名： 個人番号： | <input type="checkbox"/> 事実を証するもの <input type="checkbox"/> その他 | |

⑥祖父母が保育できない理由(65歳未満の同居の祖父母がいる場合のみ記入)

| | 父方 | 母方 | 備考 |
|----|----|----|----|
| 祖父 | | | |
| 祖母 | | | |