

（表面）

児童コード

受 付

支給認定（支給認定変更）申請書
兼 保育の利用申込書

年 月 日

（宛先）八潮市長
八潮市福祉事務所長

保護者氏名

印

子ども・子育て支援法による子どものための教育・保育給付に係る支給認定及び支給認定の現況並びに児童福祉法による特定教育・保育施設等の利用等について、次のとおり申請します。

この申請による子ども・子育て支援法に係る支給認定、特定教育・保育施設等の利用等及び利用者負担額の決定に必要な、小学校就学前子どもの属する世帯及び当該小学校就学前子どもと生計を一にする世帯の全ての者に係る市が保有する個人情報の利用及び入所施設等への提供に、当該全ての者が同意しています。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	障害者手帳の有無
(ふりがな)		年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所)			
	(電話) ・ 自宅 () ・ 母携帯 () ・ 父携帯 ()			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望 の有無 ※	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む。)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)			

※「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

をいいます。(以下同じ。)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①世帯の状況 「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②、④に必要事項を記入してください。

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	備考
児童の 世帯員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用なし ・ 適用あり (年 月 日保護開始)					

② 利用を希望する期間、希望する施設名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで					
利用を希望する施設名	希望順位	施設番号	施設名	希望順位	施設番号	施設名
	1			6		
	2			7		
	3			8		
	4			9		
	5			10		

※印の欄は八潮市記載欄ですので、記入する必要はありません。

様式第1号 付表

右の該当する事項を全て○で囲み、以下の該当する項目に記入してください。		父親の状況		母親の状況		
		①就労 ②就学 ③疾病・障がい ④看護・介護 ⑤災害復旧 ⑦育児休業中 ⑧求職活動 ⑨不存在 ⑩その他()		①就労 ②就学 ③疾病・障がい ④看護・介護 ⑤災害復旧 ⑥出産 ⑦育児休業中 ⑧求職活動 ⑨不存在 ⑩その他()		
① ② 就労・就学をしている	勤務形態	①常勤 ②パート ③自営(自宅内・自宅外) ④派遣 ⑤契約社員(外交員) ⑥求職中 ⑦その他()		①常勤 ②パート ③自営(自宅内・自宅外) ④派遣 ⑤契約社員(外交員) ⑥求職中 ⑦その他()		
	会社・学校名					
	所在地	※実際に勤務・通学している場所を記入してください。		※実際に勤務・通学している場所を記入してください。		
	電話番号	() 内線		() 内線		
	仕事内容					
	勤務日数	1ヶ月 日 (週 日)		1ヶ月 日 (週 日)		
	定休日	月・火・水・木・金・土・日 不定期(月・週 日)		月・火・水・木・金・土・日 不定期(月・週 日)		
	勤務時間	時 分 ~ 時 分		時 分 ~ 時 分		
	通勤時間	片道 時間 分		片道 時間 分		
	通勤方法	自家用車・自転車・電車・バス・その他()		自家用車・自転車・電車・バス・その他()		
③ 疾病・障がい	傷病名 障がい名					
	障がい者手帳等の有無	有(種 級)・無		有(種 級)・無		
	状況	・入院(年 月 日から) ・自宅療養・通院通所(月・週 日)		・入院(年 月 日から) ・自宅療養・通院通所(月・週 日)		
	病院・施設名					
④ 看護・介護をしている	被看(介)護者名	続柄()		続柄()		
	被看(介)護者住所	同居・別居()		同居・別居()		
	傷病名 障がい名					
	障がい者手帳等の有無	有(種 級)・無		有(種 級)・無		
	状況	期間	年 月 日から		年 月 日から	
		在宅	要介護度()・要支援		要介護度()・要支援	
	通所・通院	月・週 回、日中()時間を要する 病院・施設名()		月・週 回、日中()時間を要する 病院・施設名()		
⑤災害復旧						
⑥ ⑦ 出産	出産(予定)日	年 月 日	産休後の予定	①職場復帰 ②求職 ③育児休業		
	産休期間(予定)	出産休暇期間 年 月 日 ~		年 月 日		
	育児期間(予定)	年 月 日 ~		年 月 日 ~ 年 月 日		
⑧求職活動						
⑨ 不存在	理由	①死亡 ②離婚 ③別居(離婚前提・その他) ④拘禁 ⑤行方不明 ⑥未婚 ⑦その他()		①死亡 ②離婚 ③別居(離婚前提・その他) ④拘禁 ⑤行方不明 ⑥未婚 ⑦その他()		
	事由発生時期	年 月 日(頃) から		年 月 日(頃) から		
⑩その他						

祖父母の状況		氏名・年齢	住所	日中の状況
父 方	祖父	有・無	才()・同居	①就労 ②疾病・障がい ③無職 ④その他
	祖母	有・無	才()・同居	①就労 ②疾病・障がい ③無職 ④その他
母 方	祖父	有・無	才()・同居	①就労 ②疾病・障がい ③無職 ④その他
	祖母	有・無	才()・同居	①就労 ②疾病・障がい ③無職 ④その他

○児童の状況 ※該当する事項を○で囲み、必要事項を記入してください。

健康状態	乳幼児健診時の指摘事項	4か月児検診	無 ・ 有 (指摘事項:) ・ 未診
		10か月児検診	無 ・ 有 (指摘事項:) ・ 未診
		1才6か月児検診	無 ・ 有 (指摘事項:) ・ 未診
		3才児検診	無 ・ 有 (指摘事項:) ・ 未診
	心身の障がい	無 ・ 有 (症状:)	
	アレルギー	無 ・ 有 (症状:)	
	大きな病気	無 ・ 有 (病名:)	
発達状態	慢性疾患等 (病気や発達のことで治療・相談している病院・施設)	無 ・ 有 → 病名・症状() 病院・施設名() 障害手帳(級) 服薬: 無 ・ 有 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・)	
	排泄	小便 (一人でも可 ・ 一人で不可) 大便 (一人でも可 ・ 一人で不可)	
	言語	普通 ・ 遅め ・ 日本語を教えていない ・ その他()	
	視覚	良 ・ 不良 ()	
	聴覚	良 ・ 不良 ()	
歩行	できる ・ できない (寝返り ・ はいはい ・ つかまり立ち ・ よちよち歩き)		
健康上または発達上、気になること		無 ・ 有 (具体的な状況:)	

○確認事項 ※現在の保育の状況について該当する番号に○を付け、それぞれに記入してください。

現在の保育の状況	1	保育所・家庭保育室・幼稚園に預けている	施設名: _____ 所在地: _____ ・利用日数 週 _____ 日 利用 ・保育時間: _____ 時 分 ~ _____ 時 分 ・入所日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日入所 / 月額保育料: _____ 円
	2	自宅で見ている	過去に保育所、家庭保育室、幼稚園に預けていたことが ①ない ②ある (施設名: _____)
	3	職場に連れて行っている	
	4	親戚・知人等に預けている	
	5	その他	
送迎の方法		①自家用車 ②自転車 ③徒歩 ④バス ⑤電車 ⑥その他()	
住居の状況		①自家 ②借家(家賃 _____ 円) ③ 親戚宅に同居(家主: _____)	
希望する月に入所できなかった場合		①自宅保育 (母 ・ 父 ・ _____) ②職場に連れて行く (母 ・ 父 ・ _____) ③親戚・知人等に預ける(保護者との関係: _____) ④その他()	
兄弟姉妹で同時に申込みされている場合		①同時期に同じ保育所に入所できる場合のみ入所する ②別々の保育所でも同時期なら入所する。 ③1人でも入所させ、待機の兄弟姉妹は、他の預け先に預ける ⇒預け先(予定): ①職場に連れて行く ②親戚・知人に預ける ③その他()	

※市町村記入欄	特記事項
---------	------

(裏面)

③ 保育の利用を必要とする理由等（保育を希望した場合に記入）

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> その他 （具体的な状況（勤務先、就労時間 日数等や疾病の状況など））	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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 <input type="checkbox"/> その他 （具体的な状況（勤務先、就労時間 日数等や疾病の状況など））	
	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	曜日から	曜日まで	時 分 から 時 分 まで

④ 税情報等の提供に当たっての署名欄

八潮市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給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。また、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・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 印

※八潮市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否 可 ・ 否 （否とする理由） 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 （ <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ）
支給（入所）の可否 可 ・ 否 （否とする理由） （ <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 ）		支給（利用）期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設（事業者）名 <input type="checkbox"/> 認定こども園 （ <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 保（ <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼） <input type="checkbox"/> 地（ <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保） <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型（ <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事）		
備考		

※施設記載欄（施設（事業者）を經由して八潮市に提出する場合）

受付年月日	年 月 日
施設（事業者）名	（事業所番号： ）
担当者氏名・連絡先	（担当者） （連絡先）
入所契約（内定）の有無	有（契約・内定（ 年 月 日契約（内定））） ・ 無
備考	