

【記入例】

令和〇年〇〇月〇〇日

保護者氏名

逗子 太郎

記入は、黒のボールペンを使用してください。消せるボールペン禁止。

支給認定
(フリガナ)
氏名

保育施設等を利用している子ども1名につき、申請書1枚の記入が必要です。

児童	スシ シロウ 逗子 二郎	生年月日 H30年 4月 7日生	個人番号(マイナンバー) 111122223333	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
保護者住所	住所(住民登録地) (〒249-0006) 逗子市逗子5-2-16		米軍基地内にお住まいの方は、私書箱の番号も記入してください。	
	令和4年1月1日現在の住所 (9~3月認定の場合は令和5年1月1日現在の住所)	逗子市内 ・ <input checked="" type="radio"/> 逗子市外 <input type="radio"/> 横浜 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 町・村・区		
保護者連絡先	連絡先① (電話番号) 080-XXXX-XXXX (児童との続柄) 母	日中に連絡が取りやすい順で記入してください。		
	連絡先② (電話番号) 090-XXXX-XXXX (児童との続柄) 父			
在園中又は入園を希望する園名	〇〇△△園	園の所在市区町村	〇〇市 △△町	××区

①世帯の状況

申請児童以外・同居者等全員を記入してください。単身赴任中の場合も記入してください。

区分	(フリガナ)氏名	性別	職業、学校名等	個人番号(マイナンバー)	
児童の世帯員(同居者等を含む)	スシ タロウ 逗子 太郎	父	S61年12月13日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女 会社員 222233334444	
	スシ ハナコ 逗子 花子	母	H2年 2月 8日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 会社員 333344445555	
	スシ アキコ 逗子 秋子	姉	H27年11月10日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 〇〇小学校1年生	
	スシ イチロウ 逗子 一郎	兄	H29年12月17日生	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女 〇〇保育園年中	
	スシ ハルコ 逗子 春子	祖母	S29年 3月 8日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 無職	
	スシ ナツコ 逗子 夏子	おば	H6年 7月13日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女 派遣社員	
	生活保護適用の有無	<input checked="" type="radio"/> 適用無し・ <input type="radio"/> 適用有り (年 月 日保護開始)			
	家庭の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭等(児童扶養手当証書) <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ・ <input type="checkbox"/> 左記以外			

認定の希望開始月(令和5年4月入園の場合は令和5年4月)の学年を記入してください。

②認定を希望する期

必ず「有」「無」にチェックしてください。提出後、変更があった場合は、速やかに保育課に連絡してください。

認定を希望する期	令和 5 年 4 月 1 日から	入園年月日	令和5年 4月 1日
	<input checked="" type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> その他(年 月 日まで)		
出産予定	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 出産予定日 令和 5 年 4 月 6 日 ※有の場合、「母子健康手帳」のコピーを添付	育児休業	令和 5 年 2 月 23 日から 令和 6 年 4 月 5 日まで

③申請に当たって同意していただく事項及び署名欄

- 1 逗子市が特定子ども・子育て支援施設等利用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があります。そのためのマイナンバーを取得し、利用することがあります。官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び申請書等に記載した内容を特定子ども・子育て支援施設等に対して提示することがあります。
- 2 施設等利用給付費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 3 認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 4 申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 5 申告した市民税額や世帯状況等に変更が生じた場合は、給付の認定及び対象額が変更になること、届け出てください。
- 6 在園中に家庭状況等が変更した場合や退園したり逗子市から転出した場合は、速やかに届け出てください。
- 7 審査の結果、申請した認定区分と異なる区分での認定となる場合があります。

必ず押印してください。 届

保護者のいずれもが、上記のことについて確認し、同意します。 保護者氏名

逗子 太郎

子

④認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入してください。

(フリガナ) 施設名	利用するサービスの種類	施設の所在市区町村 及び電話番号	利用開始予定日
〇〇保育室	<input type="checkbox"/> 認可外 <input checked="" type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 子育て援助活動	〇〇市 <input type="checkbox"/> 〇〇区 町 TEL 123-345-678	R5年4月1日

在園又は入園を希望している幼稚園等が実施する預かり保育事業が①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能です。返子市:聖和学院幼稚園、葉山町:どれみ幼稚園・あおぞら幼稚園が対象です。在園中又は入園を希望する園以外に利用する(予定含む)施設等がある場合記入してください。

		父	母
理由		<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚調停中の別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚調停中の別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 失踪 <input type="checkbox"/> その他()
離婚等により保護者が不在の場合のみご記入ください。		平成30年8月10日(頃)から	令和元年6月1日(頃)から

保育の利用を必要とする事由		父	母
		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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"/> DV等のおそれ <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <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"/> DV等のおそれ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他()

就労に ✓した場合 勤務(予定) 先は複数 記入可	勤務先①	就労形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()
		名称	(株)〇〇 <input type="checkbox"/> 〇〇営業所	<input type="checkbox"/> 〇〇事務所 <input type="checkbox"/> △△支店
	勤務先②	就労形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 派遣 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()
		名称		◇◇(株)

出産に ✓した場合	出産予定日	令和5年4月6日
--------------	-------	----------

疾病・障 がいに ✓した場合	傷病名	〇〇〇〇〇
	手帳の種類・等級	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・種 級 <input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・1種3級
	状況	<input type="checkbox"/> 入院(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 通院通所(月・週に 回) <input type="checkbox"/> 入院(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input checked="" type="checkbox"/> 通院通所(月・週に 3回)

介護等に ✓した場合 情報 (被看護 者)の	氏名 生年月日	(年 月 日生)	返子 春子 (S29年3月8日生)
	申請児童との関係		祖母
	傷病名		〇〇〇〇〇
	手帳の種類・等級	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・種 級	<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 手帳・2種4級
	介護保険	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(要介護:)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(要介護: 5)

求職活動 に ✓した場合	求職活動の内容	<input type="checkbox"/> 週3日以上求職活動(ハローワークに登録し、面接を受けている)をしている <input type="checkbox"/> 求職活動報告書の提出をしている <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 週3日以上求職活動(ハローワークに登録し、面接を受けている)をしている <input type="checkbox"/> 求職活動報告書の提出をしている <input type="checkbox"/> その他()
	署名欄	利用開始後3か月以内に就労(内定)証明書が提出できない場合は、保育給付の対象にならなくなることを了承します。 署名:	署名: 返子 花子

就学 に ✓した場合	学校(機関)名		△△看護学校
	在学(在籍)期間	年 月まで	令和6年3月まで
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他()
	卒業後の予定	(就労日数・時間)週 日、1日 時間就労	(就労日数・時間)週 5日、1日 8時間就労

その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容
-----	--------------------	--------------------