

施設型給付・地域型保育給付費等  
教育・保育給付認定申請書兼幼稚園申込書

三郷町長 様  
（誓約及び同意書）

令和●年 ●月 ●日

①申請書類の内容が実態と異なる場合は、教育・保育給付認定又は幼稚園等の利用の決定を取り消されても異議ありません。

②町が教育・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し、その情報に基づき決定した利用者負担額等について、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。

③教育・保育給付認定・利用調整及びその後の手続きに必要な情報について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

以上の各事項について誓約し及び同意の上、施設型給付費に係る教育・保育給付認定（1号認定）を申請します。

受付

|     |     |               |                                 |                                           |               |
|-----|-----|---------------|---------------------------------|-------------------------------------------|---------------|
| 保護者 | 現住所 | 三郷町 勢野西●丁目●番● | 電話番号<br>(優先的に使う連絡先に☑を記入してください。) | <input type="checkbox"/> 自宅               | ●●●●-●●-●●●●  |
|     | 氏名  | 三郷 太郎         |                                 | <input type="checkbox"/> 携帯(父)            | ●●●-●●●●-●●●● |
|     |     |               |                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 携帯(母) | ●●●-●●●●-●●●● |

保育施設・事業の利用調整について、次のとおり申し込みます。

|           |                                                                                                   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用希望施設名   | 三郷町立南畑幼稚園                                                                                         |
| 利用を希望する期間 | 令和8 年 4 月 1 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 小学校就学前まで<br><input type="checkbox"/> 年 月 日まで |

世帯構成：父母及び同居の人全員（世帯分離している人も含む）について記載して下さい。

| 区分              | 氏名                         | 児童との続柄 | 性別       | 生年月日       | 勤務先／通学先等 |
|-----------------|----------------------------|--------|----------|------------|----------|
| 申請に係ることも        | (フリガナ) サンゴウ モミジ<br>① 三郷 紅葉 | 本人     | 男・女      | 令和●年 ●月 ●日 |          |
|                 | ② 三郷 太郎                    | 父      | 男・女      | 昭和●年 ●月 ●日 |          |
| こどもの世帯員（同居の方全員） | ③ 三郷 花子                    | 母      | 男・女      | 昭和●年 ●月 ●日 |          |
|                 | ④ 三郷 龍太                    | 弟      | 男・女      | 令和●年 ●月 ●日 |          |
|                 | ⑤                          |        | 男・女      | 年 月 日      |          |
|                 | ⑥                          |        | 男・女      | 年 月 日      |          |
| 該当有無            | ひとり親世帯                     | 有 ・ 無  | 在宅障害者    | 有 ・ 無      |          |
|                 | 生活保護受給                     | 有 ・ 無  | 特別児童扶養手当 | 有 ・ 無      |          |

|                        |       |                                                                                                                                                                     |
|------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入所<br>状態<br>児童等<br>の健康 | アレルギー | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                              |
|                        | 健康状態  | <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中 (病名・症状 )                                                                                      |
|                        | 心身障害等 | 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(A1・A2・B1・B2) 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 級) |
|                        | その他   |                                                                                                                                                                     |

（裏面もご記入ください）

■申請に係るこどもの世帯員（同居の人全員）個人番号

|   | 児童との続柄 | 個人番号（12桁）         |   | 児童との続柄 | 個人番号（12桁）         |
|---|--------|-------------------|---|--------|-------------------|
| ① | 本人     | ●●●●●－●●●●●－●●●●● | ④ | 弟      | ●●●●●－●●●●●－●●●●● |
| ② | 父      | ●●●●●－●●●●●－●●●●● | ⑤ |        | －                 |
| ③ | 母      | ●●●●●－●●●●●－●●●●● | ⑥ |        | －                 |

## ■ 世帯内の在宅障害者

| 氏名 | 障害の内容                                |                                    |                                      |
|----|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|    | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳     | <input type="checkbox"/> 療育手帳      | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |
|    | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給中 | <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給中 |                                      |
| 氏名 | 障害の内容                                |                                    |                                      |
|    | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳     | <input type="checkbox"/> 療育手帳      | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |
|    | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給中 | <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給中 |                                      |

■令和6年1月2日以降に三郷町に転入の場合（保護者のみ記入） ※課税・非課税証明書の提出が必要になります。

| 氏名    | 児童との続柄 | 令和6年1月1日現在の住所    |
|-------|--------|------------------|
| 三郷 太郎 | 父      | 奈良県奈良市登大路町●      |
| 三郷 花子 | 母      | 大阪府大阪市中心区大手前●丁目● |

■ 別居の保護者（父・母）及びきょうだいがいる場合

| 氏名 | 児童との続柄 | 性別  | 生年月日  | 個人番号（１２桁） |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  | 住所 |  |
|----|--------|-----|-------|-----------|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|----|--|
|    |        | 男・女 | 年 月 日 |           |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |    |  |
|    |        | 男・女 | 年 月 日 |           |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |    |  |
|    |        | 男・女 | 年 月 日 |           |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |    |  |

※町記入欄

|       |                            |  |   |  |    |  |   |  |
|-------|----------------------------|--|---|--|----|--|---|--|
| ※町記入欄 | 保育所入所選考                    |  |   |  |    |  |   |  |
| 備考    | 父                          |  | 母 |  | 加算 |  | 計 |  |
|       | 不承諾                        |  |   |  |    |  |   |  |
|       | 定員満了 ・ 受入体制不能 ・ 育休延長 ・ その他 |  |   |  |    |  |   |  |