

施設型給付費・地域型保育給付費等
教育・保育給付認定申請書兼利用申込書

三郷町長 様

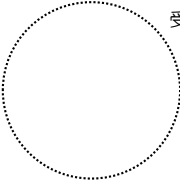
年度	歳児	新規・転園・変更	2号・3号認定用
----	----	----------	----------

※町記入欄

年 月 日

（誓約及び同意書）

- ① 申請書類の内容が実態と異なる場合は、教育・保育給付認定又は保育園等の利用の決定を取り消されても異議ありません。
- ② 町は、教育・保育給付認定や保育料等の算定に必要な世帯情報及び市町村民税額等の情報(同一世帯者を含む)について、関係部署に確認し、その情報に基づき決定した保育料等を保育園等に対して提示する場合があります。
- ③ 町は、教育・保育給付認定、利用調整及びその後の手続き等に必要な情報について保育園等に提示する場合があります。
- ④ 町は、申請書類の記載内容について確認する必要がある場合、勤務先等に連絡して確認する場合があります。
- ⑤ 保育料等を滞納した場合は、児童手当法第21条及び第22条の規定に基づき、私又は私の配偶者が支給を受ける児童手当より支払いに充てる旨を申し出るとともに、その他いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
- ⑥ 町は、新規認定申請が集中するなど審査に時間を要する場合は、認定の結果は利用開始までに通知いたします。



受付

以上の各事項について誓約し、及び同意のうえ、教育・保育給付認定（変更）申請及び保育園等利用申込をします。

申請 保護者 ※	現住所	三郷町	電話番号 (優先的に使う 連絡先に☑をして ください。)	<input type="checkbox"/> 自宅	
	氏名			<input type="checkbox"/> 携帯(父)	
				<input type="checkbox"/> 携帯(母)	

※ 上記保護者を支給認定結果及び利用料の納入通知等の対象となる保護者とします。

※ 保育料等の口座振替は上記保護者名義口座より行います。

	氏名	児童との 続柄	性別	生年月日			勤務先・通学先等 (単身赴任等で別居の場合はその住所もご記入ください。)			
申請 児童 (同居の 児童の祖 父母等含 む)	(フリガナ) ①	本人	男・女	平・令	年	月	日			
	②		男・女	昭・平・令	年	月	日			
	③		男・女	昭・平・令	年	月	日			
	④		男・女	昭・平・令	年	月	日			
	⑤		男・女	昭・平・令	年	月	日			
	⑥		男・女	昭・平・令	年	月	日			
該当 有無	ひとり親世帯	有 ・ 無	在宅障がい者	有 ・ 無	生活保護受給	有 ・ 無	特別児童扶養手当受給	有 ・ 無		

健申 健康請 状児 態童 等の	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（アレルギー品目等： ）※検査表等がある場合は添付してください。			
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気療養中（病名・症状等： ）※診断書等がある場合は添付してください。			
	障がい等 ※手帳、証書の 写しを添付して ください。	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）	療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
		精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）	特別児童扶養手当対象児童	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）
	その他				

保育が 必要な 理由	父親の状況				母親の状況			
	<input 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"/> その他（ ）				<input 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"/> その他（ ）			
	不在	死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ）			不在	死亡・離婚・未婚・別居・その他（ ）		

現在妊娠中でお申込みの方はご記入ください。（母子手帳の「出産予定日」のページのコピーを添付してください。）

出産 予定日	年 月 日	出産前 の状況	<input type="checkbox"/> 就労している (年 月 日まで就労予定)	出産後 の状況	<input type="checkbox"/> 産休のみ取得後に復帰予定(裏面の誓約事項をご確認ください。)
			<input type="checkbox"/> 就労していない		<input type="checkbox"/> 産休及び育休取得後に復帰予定(選考要件:妊娠・出産) <input type="checkbox"/> 出産後は就労・求職活動等の予定なし(選考要件:妊娠・出産)

現在育児休業中でお申込みの方はいずれかに☑をし、復職予定日をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	ただちに復職を希望します。	復職予定日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	希望施設に入所できない場合は、育児休業の延長も許容できます。 ※こちらを選択される場合は必ず「三郷町保育実施選考基準点数表」をご確認ください。		

保育を希望する期間		保育を希望する時間	
年 月 1 日 ～ <input type="checkbox"/> 就学前まで <input type="checkbox"/> 年 月 日		時 分 ～ 時 分	
保育必要量の希望（※） (いずれかに☑をしてください。)		月120時間未満の就労で標準時間認定を希望する場合は その理由をご記入ください。	
<input type="checkbox"/>	保育標準時間認定（1日11時間までの保育）		
<input type="checkbox"/>	保育短時間認定（1日8時間までの保育）		

（※）原則、保育必要理由が就労で1ヶ月あたりの就労時間が120時間以上の場合は標準時間認定、120時間未満の場合は短時間認定となります。

ただし、1日あたりの就労時間や勤務時間帯、通勤時間等を考慮し、短時間認定が適当でないと判断できる場合は、120時間未満であっても標準時間認定といたします。

利用希望 施設	第1希望		第6希望	
	第2希望		第7希望	
	第3希望		第8希望	
	第4希望		第9希望	
	第5希望		第10希望	

（裏面もご記入ください）

■ 以下の各事項に該当する方は誓約事項への同意が必要となります。

□ 現在は育児休業中だが復職予定の方

・以下の誓約事項に同意する場合に限り選考いたします。

入所が決定した際には、入所日が属する月の翌月末までに復職いたします。

期日までに復職しなかった場合、決定を取り消されても異議ありません。

年 月 日 氏名

□ 現在は就労中だが出産予定の方

・入所日時時点で産前・産後休業期間にあたる場合は、保育必要理由は「妊娠・出産」での選考となります。

ただし、出産後速やかに復職し、以下の誓約事項に同意する場合に限り、保育必要理由は「就労」で選考いたします。

入所が決定した際には、出産後8週間を経過する日の翌日の属する月の末日までに復職いたします。

期日までに復職しなかった場合、決定を取り消されても異議ありません。

年 月 日 氏名

□ 現在は就労していないが就労先が内定している方

・以下の誓約事項に同意する場合に限り、保育必要理由は「就労」で選考いたします。

入所が決定した際には、入所日が属する月の翌月末までに就労を開始いたします。

期日までに就労を開始しなかった場合、決定を取り消されても異議ありません。

年 月 日 氏名

■ 申請児童及び児童の世帯員（同居の祖父母等含む）のマイナンバー（個人番号）をご記入ください。

※申請時に申請保護者の本人確認書類をご持参いただく必要があります。詳しくは申込案内をご確認ください。

	氏名	マイナンバー（個人番号）											氏名	マイナンバー（個人番号）									
申請児童												世帯員											
保護者	申請保護者																						

■ 児童の世帯員（同居の祖父母等含む）で「障がいの内容」に該当する方をご記入ください。

氏名	児童との続柄	障がいの内容※手帳、証書の写しを添付してください。		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当対象児童	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当対象児童	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金受給	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持

■ 令和7年1月2日以降に三郷町に転入（予定も含む）の保護者はそれぞれご記入ください。

氏名	児童との続柄	住所	
		令和7年1月1日時点	令和8年1月1日時点

■ 同時に2人以上の児童の利用を申し込む場合はご記入ください。

利用施設について	<input type="checkbox"/> ア 同施設を利用できる場合のみ希望	<input type="checkbox"/> (1) 希望順位が低くても同施設を優先
	<input type="checkbox"/> イ 別々の施設となる場合でも希望 ⇒	<input type="checkbox"/> (2) 別施設でも希望順位の高い施設を優先
入所時期について	<input type="checkbox"/> ウ 同時期に入所できる場合のみ希望	<input type="checkbox"/> (1) いずれの児童でもよい
	<input type="checkbox"/> エ 1人だけ利用できる場合でも希望 ⇒	<input type="checkbox"/> (2) () が利用できる場合は希望
	エを選択した場合、利用できない児童の保育について記入して下さい。 ()	

【上記に当てはまらない場合等は、申込みの際に直接お申し出下さい。】

《参考》 同時に2人以上の児童の利用を申し込む場合について

希望順位

第1

第2

第3

きょうだい

上の子

下の子

	第1	第2	第3
上の子	A園	×園	C園
下の子	×園	B園	C園

アを選択 ⇒ 2人ともC園

イ(1)を選択 ⇒ 2人ともC園

イ(2)を選択 ⇒ 上の子：A園

下の子：B園

希望順位

第1

第2

第3

きょうだい

上の子

下の子

	第1	第2	第3
上の子	A園	×園	×園
下の子	×園	B園	C園

アを選択 ⇒ 2人とも保留

イを選択 ⇒ 上の子：A園

下の子：B園

希望順位

第1

第2

第3

きょうだい

上の子

下の子

	第1	第2	第3
上の子	A園	×園	×園
下の子	×園	×園	×園

ウを選択 ⇒ 2人とも保留

エ(1)を選択 ⇒ 上の子：A園

下の子：保留

※町記入欄

備考	父		}	いずれか 小さい方 の点数						
	母					加算			計	
	内定					保留				