

# 教育・保育給付認定申請書兼保育利用申請書 (令和9年度用)

(提出先)  
川越市長

代表者(主たる生計者)の氏名を記入して下さい。  
※代表者の個人番号確認書類の提示が必要になります。

(西暦) 2026年10月3日

氏名 カワゴエ 太郎  
この申請書を提出する日を記入して下さい。

生年月日(西暦) 1993年7月7日 子どもの続柄 父

次のとおり施設型給付費等に係る教育・保育給付認定及び保育の利用を申請します。有の場合はコピーを添付して下さい。

| フリガナ | 氏名   | 生年月日           | 性別  | 障害者手帳の有無 | 個人番号         |
|------|------|----------------|-----|----------|--------------|
| カワゴエ | イチロウ | 西暦 2025年10月10日 | 男・女 | 有・無      | 〇〇〇〇××××△△△△ |
| 川越   | 一郎   |                |     |          |              |

不備や確認の電話をする場合がございますので、必ずつながる電話番号を記載願います。  
【保育課049-224-5827】を事前登録願います。

申請児童の個人番号(マイナンバー)を記入して下さい。

| 保護者の住所及び連絡先                                    | 父携帯             | 母携帯               | 自宅               | メールアドレス             |
|------------------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|---------------------|
| 例: 令和9年4月1日入園の場合、利用希望開始日の4月1日時点で3歳を迎えていない→3号認定 | 090 - 〇〇〇〇 △△△△ | 090 - △△△△ - 〇〇〇〇 | 049 - □□□ - 〇〇〇〇 | ×××××××@×××××.co.jp |

| 申請する区分 | 2号認定(利用希望開始日において満3歳以上の場合) | 3号認定(利用希望開始日において満3歳未満の場合)           |
|--------|---------------------------|-------------------------------------|
|        | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 子どもの世帯員   | 氏名 | 続柄           | 生年月日  | 職業・学歴等                      | 個人番号 |
|-----------|----|--------------|-------|-----------------------------|------|
| 川越 太郎     | 父  | 西暦 1993年7月7日 | 会社員   | 〇××××                       |      |
| カワゴエ ハナコ  | 母  | 西暦 1994年8月8日 | パート   | △△△△××××〇〇〇〇                |      |
| 川越 花子     | 姉  | 西暦 2023年9月9日 | 〇〇保育園 | 世帯員全員の個人番号(マイナンバー)を記入して下さい。 |      |
| カワゴエ タカコ  | 姉  | 西暦 2023年9月9日 | 〇〇保育園 |                             |      |
| 川越 太花子    | 姉  | 西暦 2023年9月9日 | 〇〇保育園 |                             |      |
| カワゴエ トキスケ | 祖父 | 西暦 1964年1月1日 |       |                             |      |
| 川越 時助     | 祖父 | 西暦 1964年1月1日 |       |                             |      |
| カワゴエ カネヨ  | 祖母 | 西暦 1965年2月2日 |       |                             |      |
| 川越 鐘代     | 祖母 | 西暦 1965年2月2日 |       |                             |      |

②利用を希望する期間及び施設(事業者)の名称

| 利用を希望する期間(西暦) | 2027年4月1日から | 就学前まで |
|---------------|-------------|-------|
| 希望順位          | 施設コード       | 施設名   |
| 第1希望          | 1234567     | 〇〇保育園 |
| 第2希望          | 1357911     | △△保育園 |
| 第3希望          | 1123581     | ××保育園 |
| 第4希望          | 1357111     | □□保育園 |
| 第5希望          |             |       |

・7桁の施設コードを必ず記入してください。  
・施設コードは別紙「川越市保育施設コード一覧」に記載してあります。  
・入園年齢をよく確認してください。お子さんの月齢が満たしていない施設については、入所審査の対象外となります。  
・希望施設は送迎できる範囲内で、入所を希望する順にご記入ください。  
・11か所以上希望する場合は、A4用紙をご用意いただき、希望順と施設コードと施設名を記入して添付してください(様式は任意です)。

【記載方法】  
●施設コードは別紙「川越市保育施設コード一覧」に記載してある施設コードを記載してください。  
●川越市外の施設を希望する場合は、施設コードは記載せず、施設名に「〇〇保育園(〇〇市)」とご記入ください。

第11希望以上(有・無)  
→有の場合は、A4用紙をご用意いただき、希望順と施設コードと施設名を記入して添付してください(様式は任意です)。

※こちらは職員が使用しますので、未記入のまま、ご提出ください。

(裏面につづく)

③ひとり親世帯等の状況

|                                  |                                 |                                                                                                                  |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護の状況                          | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | 年 月 日保護開始                                                                                                        |
| ひとり親                             | 生活保護を受給中の場合は受給者証のコピーを添付して下さい。   | 年 月 日から                                                                                                          |
| 利用者負担額の軽減に係る世帯員（申請に係る子どもを含む。）の状況 | 軽減適用事由                          | A：身体障害者手帳の交付を受けている。<br>B：療育手帳の交付を受けている。<br>C：精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。<br>D：特別児童扶養手当の支給対象児童である。<br>E：障害基礎年金等の受給者である。 |

④保育の利用を必要とする理由等

|               |                                        |                                |                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄                                     | 必要とする理由ひとつにチェックをして下さい。         | 利用を必要とする理由                                                                                     |
| 父             | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 疾病・障害 | <input type="checkbox"/> 介護・看護                                                                 |
|               | <input type="checkbox"/> 求職活動          | <input type="checkbox"/> 就学    | <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（<br>妊娠・出産で入所した場合は産後8週にかかる月で退園となります。 |
| 母             | <input checked="" type="checkbox"/> 就労 | <input type="checkbox"/> 疾病・障害 | <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産→予定日                              |
|               | <input type="checkbox"/> 求職活動          | <input type="checkbox"/> 就学    | <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（<br>）                               |
| 利用を希望する曜日及び時間 | 曜日                                     | 時間                             |                                                                                                |
|               | 月・火・水・木・金・土                            | 8時 30分から 18時 00分まで             |                                                                                                |

⑤保育必要量の希望について

月120時間以上の就労・就学、出産、災害復旧、虐待・上記と異なる時間を希望する場合は、希望する理由も記入して下さい。

|                                              |                                                                                  |                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 標準時間保育希望 | 希望する理由                                                                           | 主な送迎者に☑して下さい。                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 短時間保育希望             | 父、母、子の世帯であれば、父・母それぞれの名前をご本人がご記入ください。同居する祖父母や、18歳以上の同居人がある場合は、その方も含めてご本人がご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（<br>） |

⑥税情報等の提供に当たっての署名欄 ※必ず記入

市が施設型給付費、特例施設型給付費、地域型保幼給に付する情報（同一世帯員及び同居者のものを含む）及びこれらの情報に基づき決定した利用者負担額に同意します。

氏名 川越 太郎 （続柄： 父 ） 氏名 川越 花子 （続柄： 母 ）

氏名 川越 時助 （続柄： 祖父 ） 氏名 川越 鍾代 （続柄： 祖母 ）

※保護者及び申込児童と同居している祖父母、18歳以上の同居人全員の自署が必要です。

⑦審査方法について

※【就労事由で保育の利用を希望する場合で、現在育児休業を取得中の場合のみ】次のいずれかにチェックをしてください。

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 【①】 直ちに復職を希望               | 必ずご確認ください<br><input type="checkbox"/> 「【①】直ちに復職を希望」を選択した方から、優先的に入所調整します。<br><input type="checkbox"/> 「【①】直ちに復職を希望」を選択した方の入所調整を行ったうえで、希望施設に空きがある場合には、「【②】希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許可できる。」を選択した方の入所調整を行います。<br><input type="checkbox"/> 【②】を選択した場合でも、希望施設に空きがある場合には入所内定します（必ず入所してください）。また、希望した園に内定したうえで辞退された場合は、一度申請を取下げ後、新たに申請書を用意して申し込む必要があります。 |
| <input type="checkbox"/> 【②】 希望する保育所等に入所できない場合は、育児休業の延長も許可できる。 | 就労事由で保育の利用を希望する場合で、現在育児休業を取得中の場合のみ、選択していただく項目です。注意事項をよくご確認のうえ、ご記入ください。<br>※選択がない場合は、「【①】直ちに復職を希望」するものとして、審査を実施いたします。                                                                                                                                                                                                                              |

⑧【複数の児童を同時に申請している場合のみ】 次のいずれかにチェックをしてください ※転園や別の月で申請している児童含む

Q 兄弟姉妹が同時に申請する場合の入所条件について、次の中から選択してください。 ※詳しくは入園の手引きP9・P10参照

|                                |                                                  |                                            |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①同月同園 | 同じ月・同じ園に入園できる場合のみ入園する（※同月・同園に入園できなければ全員保留）       |                                            |
| <input type="checkbox"/> ②同月別園 | 同じ月に入園できるなら別々の園でも入園する（同園優先）（※一人でも入所できる園があれば全員保留） | ⇒ 複数の保育園に入所できる場合には、兄弟姉妹で同じ園になることを優先する。     |
| <input type="checkbox"/> ③同月別園 | 同じ月に入園できるなら別々の園でも入園する（順位優先）（※一人でも入所できる園があれば全員保留） | ⇒ 複数の保育園に入園できる場合には、兄弟姉妹でそれぞれ希望順位が高い園を優先する。 |
| <input type="checkbox"/> ④別月別園 | 別の月・別の園でも入園する（同園優先）（※一人でも入所できる園があれば入園する）         | ⇒ 複数の保育園に入園できる場合には、兄弟姉妹で同じ園になることを優先する。     |
| <input type="checkbox"/> ⑤別月別園 | 別の月・別の園でも入園する（順位優先）（※一人でも入所できる園があれば入園する）         | ⇒ 複数の保育園に入園できる場合には、兄弟姉妹でそれぞれ希望順位が高い園を優先する。 |

⑨【希望者のみ】送迎保育事業について、下記Q1～3を記入してください

※事前に保育ステーションで面接を受け、面接時に「川越市保育ステーション利用申請書」を提出してください。対象外の施設は「川越市保育施設コード一覧」の☆マークがある施設です。送迎保育事業の審査に含まれません。

Q1 対象施設を確認し、施設名を記入してください。

希望の対象施設 東コース（施設名： ☐ ☐ 保育園 ）  
西コース（施設名： ☐ ☐ ）

Q2 ☐ 送迎保育事業が不決定でも、対象施設の利用を希望する。 ☒ 送迎保育事業が不決定の場合、対象施設の利用を希望しない。

Q3 ☒ 送迎保育事業の面接を行った。 ☐ 送迎保育事業の面接は予約済み。

※こちらは職員が使用しますので、未記入のまま、ご提出ください。