

教育・保育給付認定申請書兼保育利用申請書

(令和4年度用)

年 月 日

ふりがな ()

保護者 氏名

(提出先) 川 越 市 長

※本人の自署による署名をお願いします。

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。

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
		H・R 年 月 日生	男・女	有・無
保護者の 住所及び連絡先	(住所) 〒			
	父携帯: - -	母携帯: - -	自宅: - -	
支給認定証番号	※既に支給認定を受けている方のみ		個人番号	
保育の希望の 有無(※)	有	保護者の就労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。「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。(以下同じ)
「有」を○で囲んだ場合は①～⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①～③及び⑤に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考 個人番号
子どもの世帯員			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		
			年 月 日生	男・女		

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	年 月 日 から	年 月 日 まで
利用を希望する 施設(事業者)の名称	施設(事業者)の名称及び希望理由	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	希望する施設は別紙「令和4年度申し込み希望園」 に記載願います。
	第3希望	
第4希望以降		

○ 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。黒太枠の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。

○ 字は楷書ではっきりと書いてください。

加入年齢	入所年齢(0歳月齢)	入所希望月	確認事項	番号
歳児加入	ヶ月	月	<input type="checkbox"/> 月齢の確認(0歳、1歳ひかり 2歳古谷) <input type="checkbox"/> 同居の祖母の有無 <input type="checkbox"/> 市外の場合の課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証・障害者手帳のコピー	

(表面)

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		
ひとり親の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 年 月 日から		
	(理由) 離婚 ・ 未婚 ・ 死亡 ・ 失踪 ・ その他 ()		
世帯員 (申請に係る子どもを含む。)の障害者手帳等の状況	該当者氏名	保育料等軽減適用事由	
		A: 身体障害者手帳の交付を受けている。 B: 療育手帳の交付を受けている。 C: 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 D: 特別児童扶養手当の支給対象児童である。 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

※保護者の就労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に記入してください。

保育の利用を必要とする事由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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 ()	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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 ()	
利用を希望する曜日及び時間	曜 日		時 間
	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		時 分から 時 分まで

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費、特例施設型給付費、地域型保育給付費又は特例地域型保育給付費にかかる教育・保育給付認定を行うために必要な市町村民税に関する情報 (同一世帯員及び同居者のものを含む)、世帯に関する情報及び施設の在籍状況に関する情報を閲覧すること並びにこれらの情報及びこれら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・保育施設及び特定地域型保育事業者に対して提供することに同意します。

保護者氏名 ※本人の自署による署名をお願いします。

⑥審査方法について

次のいずれかにチェックをしてください。

1. 通常審査を希望 2. 入所保留希望 (育休延長のため)

※こちらにチェックされた場合は、年度内は保留となります。
※保育課窓口で通常審査に変更することもできます。

⑦送迎保育事業の利用を希望する場合は、下記1～3をチェック・記載してください。

※「川越市保育ステーション利用申請書 (送迎保育)」を添付してください。また、事前に保育ステーションで面接を受けてください。

1 下記、【対象施設】を確認し、別紙「令和4年度申し込み希望園」の希望順の欄に記載した数字に○をつけてください。

2 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。

3 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。 送迎保育事業の面接は今後予定。

【対象施設】東コース 芳野保育園 古谷保育園 分園星の子第2保育園
西コース バンビ保育園 ともいぎ保育園 霞ヶ関保育園 のぞみ幼稚園

* 市町村記載欄

受付年月日	年 月 日	調 査 員	
認 定 の 可 否	年 月 日認定	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)			<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
支 給 (入 所) の 可 否			支給 (利用) 期間
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)			自 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"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼))			
<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			

〈不足書類〉・就労証明書 (父・母・祖母) 備考: ・R 課税証明書 (父・母・) 備考:

〈確認事項〉 育休の延長希望 内定 保育士 育休復帰 求職活動 兄弟 ひとり親 小規模

〈特記事項〉

(裏面)

受付年月日	年 月 日 AM / PM	担 当 者	
-------	---------------	-------	--