

様式第1号（第4条関係）

申請子ども	氏名・生年月日・年齢								利用希望施設			
	(フリガナ)											
	(平成 年 月 日生 歳)								第1希望		希望理由	
	性別	障害者手帳・療育手帳の有無							第2希望		希望理由	
		有 ・ 無										
	個人番号（マイナンバー）								第3希望		希望理由	

- ・ 入園が内定している幼稚園等を利用する場合は、「利用希望施設」の最上欄にその園名を記入してください。
- ・ 年齢は令和2年4月1日現在で記入してください。

子どものための教育・保育給付認定申請書 兼 児童台帳

令和 年 月 日

薩摩川内市長 岩切 秀雄 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の子どもについて、教育・保育給付認定を申請します。  
あわせて、保育施設等の利用を申し込みます。

保護者	居住地	薩摩川内市						連絡先 (第1連絡先に☑を記入してください。)			
	(フリガナ)		(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 自宅TEL      -      - <input type="checkbox"/> 携帯(父)      -      - <input type="checkbox"/> 携帯(母)      -      -						
	氏名①		氏名②								
認定番号								※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入してください。			
保育の必要性の有無	有	保護者の労働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（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（保育所等を併願する場合を除く。）									

(注)

- ・ 「保護者」欄の「氏名①・氏名②」には、父母それぞれの氏名を記入してください。
- ・ 「保育所等」とは、認可保育所、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。（以下同じ）
- ・ 「幼稚園等」とは、幼稚園及び認定こども園（教育部分）をいいます。

※ 様式第1号の別紙（①～⑤の調書）を必ず添付してください。

- ・ ①～⑤に必要事項を記入してください。ただし、「保育の必要性の有無」欄の「無」を○で囲んだ場合は③の記入は不要です。記入にあたっては「記入上の注意」をよく読み、字は楷書ではっきりと書いてください。

(別紙)

① 世帯の状況

区分	氏名 (保護者を含む。) (申請子どもを除く。)	申請子どもとの続柄	個人番号				就労・通学・通園先 又は単身赴任先 (令和 年 月 日現在)	前年度分 (当年度分) 市町村民税 課税の有無	要介護認定 又は障害者 手帳・療育 手帳
			生	年	月	日			
申請子どもの世帯員	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
	(フリガナ)							有・無	有・無
平成31年1月1日時点の住所			<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内		<input type="checkbox"/> 他の市町村 ( )				
令和2年1月1日時点の住所			<input type="checkbox"/> 薩摩川内市内		<input type="checkbox"/> 他の市町村 ( )				
家庭の状況		<input type="checkbox"/> 次のいずれにも該当しない <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 障害のある方が同居 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (      年      月      日保護開始)							

② 利用を希望する時間等

利用を希望する期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
利用を希望する時間	利用曜日 (○を付けてください。)	利用時間
	月・火・水・木・金・土	時 分から 時 分まで <input type="checkbox"/> 保育短時間認定を希望する

③ 保育を必要とする理由等

保護者が次の理由で保育所等での保育を希望する場合、必ず記入してください。

続柄	保育を必要とする理由	
父	<input type="checkbox"/> 就労	勤務先 事業所等名 ( )、所在地 ( ) 雇用期間 <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	診療期間・有効期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 介護等	被介護者 氏名 ( )、保護者との続柄 ( )、居住地 ( ) 介護期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 災害復旧	被災日 (平成・令和 年 月 日)、復旧予定日 (令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 求職活動	離職日 (平成・令和 年 月 日) 失業給付受給期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 就学	学校・教育機関名 ( )、所在地 ( ) 就学期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 育児休業	休業期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)、休業手当の受給(有・無) 復職予定日 (令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> その他	具体的に記入【 】
母	<input type="checkbox"/> 就労	勤務先 事業所等名 ( )、所在地 ( ) 雇用期間 <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産	出産日・出産予定日 (令和 年 月 日) 産後休暇からの復職予定日 (令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	診療期間・有効期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 介護等	被介護者 氏名 ( )、保護者との続柄 ( )、居住地 ( ) 介護期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 災害復旧	被災日 (平成・令和 年 月 日)、復旧予定日 (令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 求職活動	離職日 (平成・令和 年 月 日) 失業給付受給期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 就学	学校・教育機関名 ( )、所在地 ( ) 就学期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 育児休業	休業期間 (平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日)、休業手当の受給(有・無) 復職予定日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> その他	具体的に記入【 】	

・ 該当するものに☑を付け、( )内に必要事項を記入してください。

④ 祖父母の状況

		祖 父		祖 母	
父方	氏名		年齢	氏名	年齢
	居住地			居住地	
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 )			<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 )	
	<input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 )			<input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 )	
	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度)		<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度)
	<input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 入院	
母方	氏名		年齢	氏名	年齢
	居住地			居住地	
	<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 )			<input type="checkbox"/> 就労 (就労先 )	
	<input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 )			<input type="checkbox"/> 疾病 (症状番号 )	
	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度)		<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院 (週 日程度)
	<input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 入院	
症状番号	①神経痛 ②高血圧 ③腰痛 ④糖尿病 ⑤心臓病 ⑥リュウマチ ⑦統合失調症 ⑧骨折 ⑨脳内出血 ⑩身体障害 ⑪その他 (症状番号欄に具体的に記入してください。)				

・すでに死亡されている場合は氏名欄に「亡」と、所在が分からない場合は居住地欄に「不明」と記入してください。

⑤ 他の小学校就学前のきょうだい児の状況

区 分		きょうだいの氏名
<input type="checkbox"/>	同じ保育所等・幼稚園等の利用を申し込んでいる。	
<input type="checkbox"/>	申込先と同じ保育所等・幼稚園等を利用している。	
<input type="checkbox"/>	別の保育所等・幼稚園等の利用を申し込んでいる。 理由 ( )	
<input type="checkbox"/>	別の保育所等・幼稚園等を利用している。 理由 ( )	
<input type="checkbox"/>	次の理由で申し込んでいない。 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用している。(施設名 ) <input type="checkbox"/> 企業主導型保育を利用している。(事業所名 ) <input type="checkbox"/> 勤務先に連れて行っている。 <input type="checkbox"/> 親族等がみている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

食物アレルギー調査

お子様に食物アレルギーがありますか？	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり	〔 「あり」の場合、その内容 〕

## 教育施設利用に関する確認・同意書

※以下の確認事項及び同意事項をよくお読みのうえ、裏面に署名をお願いします。

(署名・捺印をもって同意されたものとみなします。)

### ■確認事項

1. 申込後、世帯の状況に変更が生じた場合は、変更申請書に必要書類を添付し、早急に市に提出してください。申込内容が事実と異なる場合、教育・保育給付認定を取り消すことがあります（教育・保育給付認定が取り消されると教育施設を退園することになります）。
2. 利用を希望する教育施設の見学をし、説明を受けてください。園により保育目標が異なることや、保育料以外に実費（制服や預かり保育料など）の徴収、上乗せ徴収している場合があります。必ず事前に確認してください。
3. 通園送迎費、食材料費（副食費（おかず代・おやつ代等））、行事費などは保護者負担となります。ただし、副食費は一部の方において、費用が免除される場合もあります。保育料とは別に、教材費や行事費など実費徴収や上乗せ徴収する保育施設があります。
4. 教育・保育給付認定を受けた後に、申込み内容に変更が生じた場合は、教育・保育給付認定の変更を申請してください。変更内容によっては、お手元にある支給認定証を市に返還していただいたうえで、新たな支給認定証を交付します（申請内容が事実と異なる場合、教育・保育給付認定を取り消すことがあります）。
5. 支給認定証を棄損した場合は、支給認定証の再交付を申請していただく必要があります。その際は、手元にある棄損した認定証を市に返還し、新たな支給認定証の交付を受けてください。支給認定証を紛失した場合も再交付の申請が必要となります。再交付後に紛失した支給認定証を発見した場合は、すみやかに市に返還してください。
6. 入園決定後、教育施設での説明会が行われる場合は必ず参加してください。日時等の詳細については園にお問い合わせください。
7. 教育施設が定める「きまり」を守り、教育・保育給付認定を受けた利用時間の中で、園の開設時間内に送迎してください。

### ■同意事項

8. 副食費の滞納がある場合、教育施設の職員が督促を行います。それでもなお納付がない場合には、市が徴収を代行する場合があります。また、副食費の収納情報を必要に応じて、市が教育施設に確認することがあります。
9. 適正に副食費を算定するため、税務課から必要な年度の市民税課税情報を取得することがあります。他にも、以下の課から資料を取得することがあります。また、これらの課からの求めに応じ資料を提供することがあります。  
・市民課（戸籍、住民票） ・保護課（生活保護） ・学校教育課（公立幼稚園の利用状況）  
※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
10. 適正な保育の実施等を行うため、以下の課から資料を取得することがあります。また、これらの課からの求めに応じ資料を提供することがあります。  
・市民課（戸籍、住民票） ・保護課（生活保護） ・市民健康課（児童の生育に関すること）  
・障害・社会福祉課（児童の障害に関すること） ・防災安全課（災害発生時）  
・消防局（火災・救急発生時） ・収納課（滞納関係）  
※同様の業務を行う他の市区町村の組織も含まれます。
11. 利用開始後、お子さんの健康状態や発達の状況により、お子さんの健康状況の確認や集団保育の状況を見させていただくことがあり、場合によっては施設の利用に制限がかかる場合や必要な医療機関の受診等をお願いすることがあります。

薩摩川内市長 様

教育・保育給付認定にあたり、以上の記載事項に同意します。

同意年月日 令和 年 月 日

居住地 薩摩川内市

保護者①署名 \_\_\_\_\_ (印) 保護者②署名 \_\_\_\_\_ (印)

申請子どもの氏名 \_\_\_\_\_

※ 署名は、黒色または青色の、文字を消せないペンをういてそれぞれ自筆で署名してください。

※ 印鑑は朱肉を用いるものとし、スタンプタイプの印鑑は使用しないでください。