

教育・保育給付認定申請書(現況届)兼施設利用申込書

赤磐市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定の申請及び特定教育・保育施設等の入所(園)を申込みします。

なお、必要に応じて、私及び対象児童の属する世帯の市民税課税台帳及び世帯情報を閲覧すること、並びに、その情報に基づき決定した利用者負担額及び副食費の額等について、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。



入所希望月	令和6年度	月	申請日	令和	年	月	日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転園		
申請者 (保育料等の通知先)	通知先住所	〒赤磐市		対象児童との続柄 父・母		氏名		(フリガナ) (自署)					
対象児童	フリガナ							令和6年度クラス					
	児童氏名							<input type="checkbox"/> 5歳児クラス	平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれ				
								<input type="checkbox"/> 4歳児クラス	平成31年4月2日～令和2年4月1日生まれ				
								<input type="checkbox"/> 3歳児クラス	令和2年4月2日～令和3年4月1日生まれ				
								<input type="checkbox"/> 2歳児クラス	令和3年4月2日～令和4年4月1日生まれ				
								<input type="checkbox"/> 1歳児クラス	令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ				
	生年月日	平成・令和	年	月	日								
	性別	男・女	きょうだい入所	有・無									
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(赤磐市)												
	<input type="checkbox"/> 転入・転居予定(赤磐市) / 予定日: 令和 年 月 日												
アレルギーの有無等	無・有 (<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー: 物質名 _____) アレルギー原因除去食品 (不要・必要 : 食品名 _____) ※保育施設へ生活管理指導表等をご提出ください。												
障害者手帳等の有無	無・有 (療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・特別児童扶養手当) ※各手帳、各受給者証の写しを添付してください。												
その他伝えること	<input type="checkbox"/> 療育に通っている (通所先: _____ 診断名等: _____) <input type="checkbox"/> 病院に相談している (相談先: _____ 相談内容: _____) <input type="checkbox"/> その他気を付けていること等 (_____)												
保護者	父	氏名	(フリガナ)					生年月日	年 月 日		保育を必要とする事由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職中・起業準備 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		職業	勤務先	学校名			障害者手帳等						
		電話番号	携帯・自宅・その他										
		住所	申請日現在										
			令和5年1月1日現在										
			令和6年1月1日現在										
	母	氏名	(フリガナ)					生年月日	年 月 日		保育を必要とする事由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 求職中・起業準備 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		職業	勤務先	学校名			障害者手帳等						
		電話番号	携帯・自宅・その他										
		住所	申請日現在										
			令和5年1月1日現在										
			令和6年1月1日現在										
家族	続柄	氏名	性別	生年月日	職業(勤務先)・学校名(学年)等	障害者手帳等							
				年 月 日									
				年 月 日									
				年 月 日									
				年 月 日									

※家族欄には、父母以外の同居家族を記入してください。別居の同一生計の子どもがいる場合も記入してください。

現在利用している施設名					
利用を希望する施設名 *希望する施設のみに 順位をつけて 記入してください。 ※希望順位に記入がない場合は その施設の利用を 希望しないものとみなします。 ※赤磐市外の施設を希望する場合は 別途提出書類が必要です。 子育て支援課へご連絡ください。	希望順位	見学日	施設名(法人・所在地順)	所在地	対象年齢
			山陽桜保育園	山陽4-12	生後1.5か月～
			山陽いろは保育園	下市411	生後1.5か月～
			清風いろは保育園	桜が丘西6-10-21	生後1.5か月～
			山陽国分寺保育園	穂崎780-1	生後1.5か月～
			さんこう保育園	西中220-15	生後1.5か月～
			桜が丘地域保育センター	桜が丘西8-15-2	生後1.5か月～
			あすなるこども園	桜が丘西3-14-19	生後1.5か月～
			さくらんぼ保育園	桜が丘東2-2-809	生後1.5か月～
			いちよの森こども園	桜が丘東3-3-496	生後1.5か月～
			さくらが丘保育園	桜が丘東6-6-704	生後1.5か月～
			とよた保育園	松木549	生後1.5か月～
			赤坂ひまわりこども園	町苅田518	生後3か月～
			周匝保育園	周匝1549	生後6か月～
		佐伯北保育園	塩木6-1	1歳～	
		仁美保育園	仁堀中855	1歳～	
利用を希望する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ※波線部分は年度途中で退園する希望がある場合のみ記入				
保育施設を利用する時間 (保育の必要量) ※時間が変わる際には 「教育・保育給付認定変更申請書兼 変更届出書」の提出が必要です。 (注意：希望通りにならない場合があります。)	<input type="checkbox"/> 標準時間 <input type="checkbox"/> 短時間 ※求職中の場合や就労時間が120時間未満の場合は原則短時間となります。 保護者の就労時間が月120時間未満であるものの、標準時間を希望する場合や、 保護者の就労時間が月120時間以上であるものの、短時間を希望する場合は、 その理由をご記入ください。 ()				
育児休業復帰予定で 利用申込する場合	<input type="checkbox"/> 直ちに復帰を希望している、又は、保育施設等に入所が決まれば復帰したい。 <input type="checkbox"/> 育児休業の延長が可能で、 <u>利用調整の総点数が1点に減点されることを了承。</u>				
きょうだいで 同時に 利用申込する場合	<input type="checkbox"/> 同じ時期に、同じ施設への入所を希望。(同時期・同施設のみ希望) <input type="checkbox"/> 同じ時期に、別々の施設でも入所を希望。(同時期 最優先) <input type="checkbox"/> 別々の時期でも、同じ施設への入所を希望。(同施設 最優先) <input type="checkbox"/> 別々の時期でも、別々の施設でも入所を希望。(入所 最優先)				

家庭の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当等の受給(有・無) ↓ <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <small>※受給中の場合、児童扶養手当証書、ひとり親家庭等医療費受給者証の写しを添付してください。</small>

※教育・保育給付認定及び利用調整のため、就労先等へ就労状況等の確認を行うことがあります。

※不正又は偽りの行為により教育・保育給付認定申請や利用申し込みした場合は認定を取り消し、保育施設等の利用を中止(退所)していただく場合があります。

利用希望月に入所できなかった場合についてお伺いします。	
1 求職中の場合	<input type="checkbox"/> 求職活動を継続する <input type="checkbox"/> 求職活動を休止する
2 育児休業中の場合	<input type="checkbox"/> 育児休業を延長する・延長したい(育児休業延長期間 令和 年 月 日まで) →育児休業延長期間中に入所可能となった場合 <input type="checkbox"/> 入所可能日に職場復帰し、施設を利用する <input type="checkbox"/> 育児休業期間が満了するまで職場復帰しない <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から選考の再開を希望する <input type="checkbox"/> 育児休業を延長しない。
3 他の施設等を検討している場合、その検討している施設等	<input type="checkbox"/> 幼稚園・認定こども園(幼稚園部) <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 <input type="checkbox"/> 職場の託児所等 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> 家庭保育等